



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 pacientes adultos asignados al Consultorio N° 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021

AUTOR:

Zurita Calderón, Yessenia Vanessa

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

DIRECTOR

Vélez Díaz, Eva Ramona

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 la *Dra. Yessenia Vanessa Zurita Calderón*, 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. Eva Ramona Vélez Díaz

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, Yessenia Vanessa Zurita Calderón

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación “*Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en pacientes adultos asignados al consultorio N° 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021*” previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, 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 de 2021

EL AUTOR

Dra. Yessenia Vanessa Zurita Calderón



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, Yessenia Vanessa Zurita Calderón

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 pacientes adultos asignados al consultorio N° 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021”* cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

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

EL AUTOR

Dra. Yessenia Vanessa Zurita Calderón

REPORTE DE URKUND

Original

Document information

Analyzed document ZAMBRANO ANCHUNDIA DANY FRANCISCO.pdf (D126481794)
Submitted 2022-01-29T03:31:00.0000000
Submitted by
Submitter email dany.zambrano@ou.ucsg.edu.ec
Similarity 4%
Analysis address xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W URL: http://scielo.sit.ou.scielo.org/?script=sci_arttext&pid=53560-45812016000300009
Fetched: 2021-11-02T17:54:03.4300000 1

SA Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / MERO BARCIA ALEXANDRA ELIZABETH.pdf
Document: MERO BARCIA ALEXANDRA ELIZABETH.pdf (D126461053)
Submitted by: alexandra.mero01@ou.ucsg.edu.ec 1
Receiver: xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a cumplir una de las metas más importantes de mi vida profesional. A mi familia quienes con sus palabras de aliento me motivaron a seguir adelante, por ser mi fuente de inspiración. Gracias por fomentar en mi el deseo de superación y de triunfo en la vida. A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos tres años estuvieron a mi lado apoyándome.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y a sus docentes de la Escuela de Posgrados en especial a la Dra. Evita Vélez, Dr. Yubel Batista, Dra. Sanny Aranda por su valiosa tutoría en estos tres años de estudio, que con su guía hemos alcanzado este último paso de nuestra formación.

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis lo dedico a mis padres por su apoyo incondicional en todo momento para alcanzar esta meta. A mi hijo Francesco por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día y así poder luchar por mis metas sin rendirme.

A mi amado esposo Dany Zambrano que sin duda ha sido un pilar fundamental en todo este proceso que hemos recorrido juntos.

A mi hermana Tatiana quien con sus palabras, apoyo y ayuda me animaron a seguir adelante. A todos gracias sin ustedes no lo hubiera logrado.



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



ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en pacientes adultos asignados al consultorio n° 10. Centro de salud Sauces III. Año 2021
POSGRADISTA: Yessenia Vanessa Zurita Calderón
FECHA:

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

OBSERVACIONES: _____

LO CERTIFICO

DR. XAVIER LANDÍVAR 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
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	4
2.2 FORMULACIÓN.....	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1 GENERAL	6
3.2 ESPECÍFICOS	6
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	7
1.1.1 Clasificación de la HTA. (5).....	8
1.1.2 Manifestaciones clínicas	8
1.1.3 Fisiopatología.....	9
4.1.4 Factores de riesgo	11
4.1.5 Familia.....	16
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	25
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	27
6. MÉTODOS	28
6.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
6.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	28
6.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	29
6.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	29
6.5.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	29

6.6	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 30	
6.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31
6.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
6.9	VARIABLES.....	32
	6.9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	32
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
8.	CONCLUSIONES.....	43
9.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	44
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
	Bibliografía.....	45
	ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución de la población según grupos de edad y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.	34
TABLA 2: Distribución de la población según etnia y sexo. Consultorio 10. Centro de salud Sauces III. Año 2021.....	35
TABLA 3: Distribución de la población según escolaridad y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.	36
TABLA 4: Distribución de la población de adultos hipertensos según estado civil y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.	37
TABLA 5: Distribución de la población según ocupación y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.	38
TABLA 6: Distribución de la población según funcionalidad familiar y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.	39
TABLA 7: Distribución de población según control HTA y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.....	40
TABLA 8: Distribución de la población según funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.	41- 42

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	52
ANEXO 2: Encuesta.....	53-54
ANEXO 3: Test FF - SIL.....	55

RESUMEN

Antecedentes: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, poligénica y multifactorial, se define no controlada si las cifras tensionales son $\geq 140/90$ mm Hg, afectando a un 25% de la población adulta mundial, su control requiere un manejo adecuado por parte del médico, el paciente y familia.

Métodos: Se realiza un estudio de nivel relacional, observacional, prospectivo y transversal, para investigar la asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial en la población de pacientes adultos hipertensos del consultorio 10 del Centro de Salud Sauces III, se utilizó medidas de resumen valores absolutos y relativos (porcentajes) y el test estadístico Chi cuadrado para probar la hipótesis planteada. Se utilizó una encuesta elaborada por la investigadora y el test psicométrico FF-SIL.

Resultados: El grupo de edad más numeroso el de 60 a 69 años (24,8%), el sexo masculino 51,4%, la etnia mestiza 51,4%, la escolaridad primaria terminada 29,5%, el estado civil casada 30,5%, la ocupación cuenta propia 29,5%; la funcionalidad moderadamente funcional 42,9%, el control de HTA 59% con control, y la funcionalidad se encuentra asociada al control de la HTA con una $p=0,014$. **Conclusiones:** se cumple la hipótesis de que el funcionamiento familiar está asociado al control de la hipertensión arterial.

Palabras Clave: CONTROL, BIENESTAR FAMILIAR, PSICOMETRÍA, ENFERMEDAD CRÓNICA, PRESIÓN ARTERIAL

ABSTRACT

Background: Arterial hypertension is a chronic, polygenic and multifactorial disease, defined as uncontrolled if the blood pressure is $\geq 140/90$ mm Hg, affecting 25% of the adult population worldwide, its control requires adequate management by the physician, patient and family. **Methods:** A relational, observational, prospective and cross-sectional study was carried out to investigate the association between family functionality and the control of arterial hypertension in the population of hypertensive adult patients in clinic 10 of the Sauces III Health Center, using absolute and relative values (percentages) and the Chi-square statistical test to test the hypothesis. A survey developed by the researcher and the FF-SIL psychometric test were used. **Results:** The largest age group was 60 to 69 years (24.8%), male sex 51.4%, mestizo ethnicity 51.4%, completed primary school 29.5%, married marital status 30.5%, self-employed occupation 29.5%; moderately functional 42.9%, control of HT 59% with control, and functionality is associated with control of HT with a $p=0.014$. **Conclusions:** The hypothesis that family functioning is associated with control of arterial hypertension is fulfilled.

Keywords: CONTROL, FAMILY WELFARE, PSYCHOMETRY, CHRONIC ILLNESS, BLOOD PRESSURE

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, poligénica y multifactorial, que se va a definir como no controlada si las cifras de presión arterial son $\geq 140/90$ mmHg (1); afecta alrededor de un 25% de la población adulta y su proporción es mayor, conforme se aumenta la edad (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo existe 1130 millones de personas hipertensas, y la gran mayoría (cerca de dos tercios) habitan en países de ingresos medianos y bajos y apenas una de cada cinco personas que sufren de hipertensión arterial tiene controlado el problema, siendo una de las primeras causas de muerte prematura en el mundo (3)

La prevalencia de la enfermedad en Ecuador es del 9,3 por ciento, conforme los datos oficiales y el porcentaje de pacientes que sufren de hipertensión es un poco más alta en hombres que en mujeres, también se ha establecido en personas cada vez más jóvenes. En el 2017 se notificaron 5.776 casos de hipertensión esencial, de acuerdo con el registro estadístico de Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (4)

En la HTA parte imprescindible del control está en adherirse adecuadamente a los tratamientos, tanto no farmacológicos como farmacológicos para llegar a cifras $<140/90$ mm Hg en 3 controles o más (5). Para su control es necesario un manejo adecuado por parte del médico y la adherencia por parte del paciente y su familia.

Debido a que hay pacientes que sufren de hipertensión arterial y que no cumplen las cifras de control de tensión arterial (6) y por lo tanto tienen más riesgo de sufrir complicaciones y se ha obtenido en investigaciones previas que cuando una persona padece alguna enfermedad crónica, la evolución y respuesta al tratamiento se relaciona con la funcionalidad familiar (7), tanto que el modo de enfrentar las situaciones en los distintos ámbitos donde discurre la vida, y sin factores determinantes para el desarrollo de la salud o para la aparición de múltiples patologías.

La funcionalidad familiar, es la que logra fomentar el desarrollo integral de sus integrantes, así como un estado de salud óptimo y se evalúa a través de la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) que es un cuestionario diseñado por Ortega, De la Cuesta y Díaz en 1994, en la Universidad de la Habana, Cuba y se utiliza para determinar el funcionamiento familiar (8)

En referencia a la salud siempre hay que tener en cuenta que es un proceso donde siempre será necesaria la participación del paciente, la familia, y la comunidad, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes. (9)

Para mejorar la respuesta al tratamiento, es importante conocer de qué manera influye la familia, con la finalidad de implementar acciones en donde intervengan médicos de familia, tanto en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. EL PROBLEMA

2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO

La hipertensión arterial tiene una tasa alrededor del 30% de la población adulta a nivel de todo el mundo. En América del Norte, específicamente en Estados Unidos, se estiman 50 millones de pacientes hipertensos y unas 60.000 muertes anuales directamente provocadas por HTA. (10)

Para los países de América Latina y el Caribe, la prevalencia de HTA para el año 2000 fue 38 % y se estima que para el 2025 aumentará a 42 %. Una de las principales causas para la tendencia al aumento de esta enfermedad es la expansión del estilo de vida urbanizado, con la subsecuente aparición de problemas como la obesidad y la falta de actividad física, que han contribuido al aumento de la hipertensión arterial y a las complicaciones cardiovasculares derivadas de esta en todos los grupos etarios (10) Se ha estimado que, a escala mundial, la HTA causa 7,5 millones de muertes, lo que supone el 12,8 % del total de las defunciones.

La HTA es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública, el 46% de la población en el Ecuador tiene hipertensión arterial, y un 15% de ellos sabe que es hipertensa y mantiene un control adecuado. Por otra parte, en la familia cuando uno de sus miembros es aquejado por alguna enfermedad, la funcionalidad de la familia se ve modificada (11). Esto se expresa cuando la persona con HTA necesita de la contribución afectiva y material del núcleo familiar para cumplir adecuadamente las indicaciones terapéuticas y obtener un buen control de la tensión arterial. (12)

El trabajo de investigación pretende describir el nivel de relación que existe entre el funcionamiento familiar y pacientes que tienen diagnóstico de hipertensión arterial. Dependiendo de los resultados que se obtengan, se podrá iniciar planes de acción para apoyar positivamente a las familias afectadas y el médico de familia estará comprometido con los individuos gracias su conocimiento, experiencia y se esfuerza por comprender la

enfermedad dentro de su contexto no solo del paciente sino también en el de la familia.

Lo antes expuesto hace reflexionar sobre la importancia de identificar los problemas de salud y hacer una evaluación de la funcionalidad familiar de cada una de estas familias, con el fin futuro de realizar estrategias de intervención dirigidas a las áreas reconocidas como vulnerables; que permitan al médico en su práctica ofrecerles a las familias herramientas para enfrentar sus problemas.

Además, se determinó la relación que existe entre funcionalidad familiar y el control de las cifras de tensión arterial, para saber si los pacientes con funcionalidad familiar funcional y moderadamente funcional registraron resultados óptimos, a diferencia de los pacientes con familia disfuncional y severamente disfuncional, los cuales tuvieron un mal control. El médico usaría todos los medios y recursos, así como su capacidad para desarrollar estrategias orientadas al manejo biopsicosocial de familias para los diferentes tipos de funcionalidad familiar.

2.2 FORMULACIÓN

¿Existe asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial en la población de pacientes adultos asignados al consultorio n° 10 del centro de salud Sauces III?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 GENERAL

Asociar la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial en pacientes adultos asignados al consultorio n° 10 del centro de salud Sauces III en el año 2021.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población de hipertensos según variables sociodemográficas.
- Clasificar la funcionalidad en las familias de los pacientes hipertensos.
- Determinar el control de la hipertensión arterial en la población de estudio.
- Establecer la posible asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL

La hipertensión arterial es la concurrencia de valores de cifras de tensión arterial iguales o mayores a 140/90 mm Hg. La hipertensión es la mayoría de las veces asintomática por eso es habitual que se revele cuando la persona lleva muchos años con valores altos.

Existe extensa evidencia científica para contemplar a la HTA como el factor más importante para la aparición de enfermedades cardiovasculares, ya que está grandemente asociada a la presentación de diversas patologías como: enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, aneurisma y disección de aorta, enfermedad vascular periférica, demencia y enfermedad renal crónica, interfiriendo negativamente en la mortalidad, discapacidad y en los costos sociosanitarios (11).

El diagnóstico de HTA en la consulta médica necesita el registro de valores promedio de al menos 2 tomas de presión arterial sistólica (PAS) iguales o mayores a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) iguales o mayores a 90 mmHg, en al menos dos consultas que serán realizadas en distintos días (11)

Al sospechar que un paciente pueda tener HTA, se debe comprobar:

- El diagnóstico de hipertensión arterial.
- Definir si se trata de HTA primaria o secundaria.
- Valorar el riesgo cardiovascular y de daño a órganos dianas.

Para poder cumplir con las imposiciones expuestas con anterioridad es imprescindible realizar correctamente la toma de la tensión arterial, efectuar la historia clínica detallada y completa, y un correcto interrogatorio y examen físico, exámenes de laboratorio y cualquier otra prueba que sea necesaria confirmar el diagnóstico (5).

Cuando se hace la primera evaluación se debe medir los dos brazos y posteriormente se escoge el brazo cuya tensión arterial haya salido más elevada. Las personas deberán tener un descanso por lo menos de 5 minutos, evacuar la vejiga en caso de se necesite y 30 minutos antes no haber realizado actividad física intensa o subir o bajar escaleras.

Por lo general la toma de la presión arterial se lleva a cabo al final del examen físico, ya que en este momento en que el paciente debiera estar relajado.

El manguito se lo debe colocar en la mitad del brazo a cuatro centímetros de la flexura del codo. Debe quedar bien sujetado y no suelto, ya que podría ocasionar lecturas elevadas incorrectas. El brazo no debe estar cubierta con ninguna prenda ya que puede interferir en la colocación del manguito. Es preferible que el brazo esté sobre una mesa o en algún lugar el que quede apoyado a la altura del corazón.

1.1.1 Clasificación de la HTA. (5)

Clasificación	Sistólica mm Hg		Diastólica mm Hg
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión			
Estadio I	140-159	y/o	90-99
Estadio II	160-179	y/o	100-109
Estadio III	≥180	y/o	≥ 110

1.1.2 Manifestaciones clínicas

La HTA es un trastorno crónico que no da síntomas y que lastima de forma silenciosa los vasos sanguíneos, cerebro, riñones y el corazón si no se detecta de manera oportuna y se trata de manera rápida. Un alto porcentaje de los pacientes con hipertensión arterial son asintomáticos y a menudo son descubiertos en un examen médico de control. Cuando los síntomas aparecen al paciente ve la necesidad de ir a la consulta con el médico y estos se relacionan con los síntomas de la hipertensión arterial, los síntomas de la

enfermedad vascular hipertensiva, y los síntomas ocasionados por una enfermedad de base en caso de una hipertensión arterial secundaria (13).

Los principales síntomas son cefalea, la cual sobre todo se observa en la hipertensión arterial moderada a severa, y se hace más prominente en la región occipital o posterior de la cabeza, el paciente se levanta con dolor de cabeza y después de algunas horas se desaparece. Otras expresiones pueden ser: vértigos, palpitaciones, fatiga e impotencia. Varios factores de riesgo vascular como arterioesclerosis, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo ejercen un efecto de sinergia, apresurando el inicio y empeorando la evolución de la disfunción eréctil (13).

Como resultado de la enfermedad vascular el paciente puede mostrar epistaxis, hematuria, visión borrosa ya que aparecen cambios en la retina, así como episodios de astenia o mareos debidos a una isquemia de cerebro transitoria, angina de pecho y disnea como secuela de una insuficiencia cardíaca. En menor porcentaje puede presentar dolor torácico y abdominal por un aneurisma de aorta o la ruptura de este.

En el caso de que se trata de hipertensión arterial secundaria en los individuos los síntomas se pueden manifestar como la: poliuria, polidipsia, y debilidad muscular secundaria, misma que se ocasiona de una hipocalcemia que puede darse debido a un aldosteronismo primario. Incluso, se podría presentar un aumento de peso y fragilidad emocional en pacientes con síndrome de Cushing. Las personas con una feocromocitoma pueden tener episodios de dolor de cabeza, palpitaciones, diaforesis e hipotensión ortostática (13).

1.1.3 Fisiopatología

Hay muchos componentes que guardan relación con la fisiología y patología de la hipertensión arterial primaria. Un componente esencial para que se produzca es la disfunción del endotelio y una inestabilidad entre los factores vasoconstrictores, especialmente las endotelinas y los vasodilatadores, como el óxido nítrico (5).

También favorecen los elementos hormonales y la anemia. Las endotelinas van a actuar como vasoconstrictores en el sitio, son de una fuerza extrema,

que desputan a la angiotensina II entre 10 a 100 veces por arriba de ésta. Ellas actúan de diversas formas: pueden alterar el tono de las paredes de los vasos, variar la excreción del sodio y el agua a través del riñón, además del funcionamiento de la matriz extracelular.

Las endotelinas perturban su funcionamiento cuando existe proteinuria de larga evolución, cuando la matriz extracelular glomerular e intersticial comienza a almacenarse, en la nefropatía diabética, en la glomerulopatía hipertensiva y otras glomerulonefritis.

Lo que producen las endotelinas, van a diferir dependiendo de su concentración que se encuentra en el interior de cada tejido. Están participando en el remodelamiento vascular y controlan la multiplicación celular produciendo hiperplasia e hipertrofia del músculo liso vascular. Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (SRAA): es un sistema complejo que incluye proteínas y 4 angiotensinas (I, II, III y IV), y va actuar en el sistema vascular y promueve estrés oxidativo en los tejidos, provocando transformaciones de tipo estructural y funcional como se es evidente en la enfermedad hipertensiva en que aparece una disfunción del endotelio. (5)

La angiotensina II intercede en:

- En la contracción del musculo liso vascular arterial y venoso.
- En la síntesis y secreción de aldosterona.
- En la expulsión de noradrenalina en las terminaciones sinápticas.
- En la modulación del transporte del sodio por las células tubulares renales.
- En la estimulación de la vasopresina/ADH.
- Incremento de la producción de endotelina (ET1) y de prostaglandinas vasoconstrictoras (TXA2, PF2 α).

La angiotensina II y la aldosterona poseen acciones no hemodinámicas como:

1. Aumenta el factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV) con actividad proinflamatoria, estimula la producción de especies reactivas de oxígeno nefrotóxicas, incrementa la proliferación celular y de la remodelación tisular, con aumento de la síntesis de citoquinas profibróticas y factores de crecimiento y reducción de la síntesis del óxido nítrico y del PAN.

2. Incrementa el tejido colágeno a nivel cardíaco y vascular, por inhibición de la actividad de la metaloproteinasa (MMP1) que destruye el colágeno e aumento de los inhibidores tisulares específicos de la MMP1. El resultado es el aumento del colágeno 3 en el corazón y vasos sanguíneos de los hipertensos. Estos efectos son regulados por el incremento de la expresión del factor de crecimiento tumoral beta 1 (FCT β 1). (5)

3. Acción que estimula el factor de crecimiento del tejido conectivo (FCTC). Se han puntualizado dos enzimas convertidoras de angiotensina (ECA): la ECA1, que es la enzima fisiológica clásica y la ECA2 que es la enzima que lleva a la formación de la A1–7, disminuida en algunos pacientes con HTA.

El remodelamiento vascular es estimulado por el SRAA, es diferente en las arterias grandes y en las pequeñas. En el primer caso, se trata de una hipertrófica; en el segundo, de una remodelación eutrófica (9).

Hormonas gastrointestinales: algunas tienen acción vasoconstrictora (coherina) y otras vasodilatadoras (péptido intestinal vasoactivo [PIV], colecistocinina [CCK], sustancia P, bombesina, endorfinas y los eicosanoides).

Existe la eventualidad de que estas hormonas favorezcan la regulación de la presión arterial, y esta se perdería en la HTA primaria. Por esta razón, se piensa que existiría una cierta relación entre las patologías digestivas con la HTA (5).

La anemia en la HTA: la hemoglobina protege el riñón. Cuando disminuye la hemoglobina va a promover la fibrosis renal y como consecuencia puede llevar a una enfermedad renal crónica hipertensiva. Tal vez existe una estimulación del sistema renina angiotensina aldosterona a la vía de las caspasas que son enzimas que actúan sobre las células eritropoyéticas. (5)

4.1.4 Factores de riesgo

4.1.4.1 Factores de riesgo modificables

Obesidad

Los mecanismos por los que la obesidad aumentan el riesgo de desarrollar HTA no están claros. El almacenamiento de la grasa corporal está vinculada

con la resistencia a la insulina que, puede ser una importante causa de HTA, sin embargo, en sujetos de contextura delgada, con glicemias en valores normales e hipertensos no controlados presentaran resistencia a la insulina en comparación con los sujetos normotensos (14). Igualmente, los pacientes que desarrollan HTA de inicio temprano tienen con más frecuencia alteraciones de los lípidos, pudiendo ser la resistencia a la insulina la que provoca el conjunto de alteraciones aterogénicas.

En individuos obesos el gasto cardíaco, volumen de eyección y volumen intravascular están más elevados, y aún mayor con los ácidos grasos libres (AGL) que con el tejido adiposo (15). Se observa incremento de nivel en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) que refleja una falla en la inhibición de la descarga simpática a nivel del corazón. Además, en los individuos obesos existe un incremento del número de adipocitos que secretan varias sustancias capaces de producir resistencia a la insulina, incluidos los ácidos grasos libres y múltiples polipéptidos, entre los que se encuentra la resistina.

La hipertensión se puede producir a partir de los efectos de los niveles altos de insulina través de la resistencia a la insulina. En resumen, la hipertensión que es inducida por la obesidad viene de la interacción de por lo menos cuatro mecanismos (15).

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus cuando recién inicia es asintomática, pero estamos hablando de una enfermedad que causa discapacidad por los daños micro y macrovasculares diferentes niveles del organismo, por lo que, cuando se descubre tarde y no se trata correctamente, provoca graves complicaciones de salud que conlleva a la muerte (16).

Hasta 75% de los pacientes que sufren diabetes tienen aumentada la presión arterial o toman medicamentos para controlarla. La enfermedad isquémica cardíaca y cerebral es dos a cuatro veces más habitual en estos pacientes.

La diabetes mellitus es muy prevalente en pacientes con falla cardíaca, sobre todo en aquéllos con falla cardíaca y fracción de eyección preservada, y los

pacientes con ambas condiciones tienen un aumento de riesgo de mortalidad, en comparación con pacientes sin diabetes o falla del miocardio (16)

Sedentarismo

Diferentes estudios han expresado que el ejercicio aplicado regularmente y la actividad física se coligan con cifras menores de presión arterial (PA) y menor prevalencia de HTA. El ejercicio físico previene y disminuye las alteraciones en la vasodilatación dependiente del endotelio que aparecen con la edad. Además del efecto sobre la PA, el ejercicio influye favorablemente sobre determinados factores que se relacionan con la cardiopatía isquémica como son la disminución del colesterol y triglicéridos, agregación plaquetaria y del peso; incremento las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y la tolerancia a la glucosa (17).

Ingesta de sal

El alto consumo de sodio (Na) que las personas ingieren en la alimentación diaria es en forma de cloruro de sodio es decir sal 605 y sodio 40%, lo que equivale a que por cada 2,5 g de sal se administra 1 gramo de sodio y es uno de los principales factores para desarrollar hipertensión arterial, que provoca un incremento volumen sanguíneo y de la precarga, lo cual aumenta el gasto cardíaco (18).

Esta ingesta elevada de sal causa cerca del 30% de la prevalencia de hipertensión a nivel mundial. Los mecanismos por los cuales la administración alta de sodio origina HTA se debe a los defectos de la excreción de sodio a nivel de los riñones lo que causa una vasoconstricción renal y aumento en la reabsorción proximal de Na. (18)

Tabaquismo

El tabaco puede incrementar transitoriamente la presión arterial alrededor de 5-10 mmHg. El consumo del tabaco no ha se ha establecido que haya una asociación con un aumento en la incidencia de la presión arterial. La población general no debe consumir tabaco y más aún los pacientes hipertensos, ya que incrementa el riesgo de enfermedad coronaria y como consecuencia puede desarrollar insuficiencia renal (15).

Dieta no saludable

La economía a nivel mundial, los cambios nutricionales y el desarrollo de nuevas técnicas de información y comunicación se vuelven vulnerables la población pediátrica y los adultos jóvenes. Esta población muestra más consumos de dietas pocas equilibradas, desbalanceadas, con poco a nula actividad física predominando el sedentarismo, y a eso súmase la predisposición genética van a favorecer un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los infantes, adolescentes y adultos. Hay que tener en cuenta el golpe que ha provocada esta pandemia en la población infantojuvenil, realizar estudios investigativos para la prevención ayudaran a disminuir la morbimortalidad que se asocia a la obesidad y es una prioridad en las políticas de la salud (19).

Obesidad

La relación entre obesidad e hipertensión arterial es muy frecuente. Stamler narra la prevalencia de hipertensión en una comunidad de América del norte que tiene un aproximado a un millón de personas, y refiere que los individuos obesos entre 20 y 39 años muestran el doble y entre 40 y 64 años un 50 % más de hipertensión que los prójimos de peso normal (14). Hay varios estudios de carácter longitudinal que muestran que el incremento de peso da como resultado un importante incremento de la tensión arterial, mientras una reducción del peso de pacientes obesos disminuye las cifras tensionales.

Los mecanismos patogénicos no están establecidos, pero se ha indagado que la obesidad podría explicar esta asociación ya que puede provocar insulinoresistencia. La insulina disminuye la excreción de sodio a nivel renal y por ello se podría difundir el volumen extracelular y la volemia, incrementando el gasto cardíaco y la resistencia periférica, que son los principales reguladores de la presión arterial (14) .

Además, la hiperinsulinemia incrementa el tono simpático y perturba los iones que se encuentra dentro de las células (retención de Na y Ca y alcalosis), lo que eleva la reactividad vascular y la proliferación de la célula. Todo lo antes mencionado beneficia a la hipertensión, sin embargo, hay evidencias que discuten el rol de la hiperinsulinemia, como son algunas prácticas en animales

y la ausencia de hipertensión en pacientes con insulinomas. A pesar de todo, se ha comprobado que reduciendo el peso corporal en un individuo son medidas efectivas para mejorar la presión arterial en el hipertenso (14)

Determinantes Genéticos de la variación de la presión arterial.

Es más propenso a sufrir de hipertensión arterial cuando hay familiares con tal enfermedad en comparación con personas ajenas a la familia, también aumenta la incidencia cuando son gemelos monocigóticos y mayor entre hermanos biológicos que entre los que no son, aunque vivan en el mismo domicilio. Hasta un 70% de probabilidad de contraer hipertensión arterial se les genera a genes compartidos (20)

En definición, los genetistas han reconocido 14 genes que provocan formas mendelianas de hipertensión y 9 genes que causan formas mendelianas de hipotensión. En cada caso, el factor implicado es el control de sodio y agua en el riñón, lo que hace relevancia que está involucrado el sistema renina-angiotensina aldosterona en el control de la tensión arterial en el ser vivo.

Sin embargo, los perfiles mendelianos descritas de hipertensión, son responsables de una pequeña fracción de los 60 millones de casos de hipertensión en Estados Unidos, y hasta la actualidad no existen datos relevantes de que las mutaciones en condiciones leves en cualquiera de los 23 genes, solos o combinados den resistencia o sensibilidad frente a los efectos hipertensivos de las exposiciones medio ambientales que son comunes en la población general (20)

4.1.4.2 Factores de riesgo no modificables

Tener en los familiares de primer grado de consanguinidad en la familia es un factor de riesgo para la aparición de enfermedad hipertensiva (21).

Un retardo en el crecimiento intrauterino tiene complicaciones a futuro en el desarrollo y funcionamiento de sistemas y órganos. En los últimos años se ha insinuado que los sucesos implicados en el desarrollo del feto normal tienen consecuencias a largo plazo y van a afectar la salud cuando sean adultos.

Variables como el desarrollo del feto, peso placentario, bajo peso al nacer, bajo perímetro de la circunferencia de la cabeza y ganancia acelerada de peso durante el primer año de vida, se han vinculado con un alto porcentaje de sufrir hipertensión arterial (21).

Edad

Cuando uno nace maneja promedios de tensión arterial sistólica de 70 mmhg y presión arterial diastólica de 50 mmhg aproximadamente, promedio que se da en los países desarrollados, la presión sistólica por lo general va incrementándose poco a poco durante la infancia, adolescencia y la adultez hasta llegar a valores cercanos a los 10 mmhg en la séptima década y esto es consecuencia de la pérdida de la rigidez de las paredes de las arterias.

La presión diastólica por lo general aumenta con la edad, pero con una pauta de crecimiento menor que la sistólica, e incluso tiende a equilibrarse después del quinto decenio. No se da en todas las poblaciones, lo cual queda demostrado que sufrir de hipertensión arterial con la edad no es una necesidad que esté relacionada con la etapa de la vida. Cuanto menos añoso sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial más es la reducción de vida sino se adhiere al tratamiento (15).

Raza

Los individuos de raza negra presentan presiones más altas que las personas de raza caucásica, existiendo diferencias entre un lugar geográfico y otro. Estudio como el National Health and Nutrition Examination Survey en New York, refiere un aumento en la prevalencia de hipertensión arterial en la raza negra, el cual indica una prevalencia de 40,5% en la raza negra, mientras que en blancos es de 27,4% y en latinos de 25,1% (22).

4.1.5 Familia

Es un conjunto de individuos que comparten lazos de convivencia, consanguinidad, parentesco y cariño y que está relacionado con los valores inculcados en el medio sociocultural en que se desarrollan (23).

La familia es la unidad fundamental de la sociedad, como tal se encuentra vinculada por el sistema económico, social y cultural en el cual conviven. Es un conjunto que funciona como sistema abierto, en conexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen. Debe estar conformado como mínimo por dos personas, que conviven en una misma casa o parte de ella y comparten o no sus recursos y servicios.

Incluye cualquier relación consanguínea independientemente del grado de consanguinidad y no define el grado de parentesco, esto incluye hijos adoptados o de otros vínculos de matrimonio. Si no hay vínculos consanguíneos y de parentesco se va a definir como familia a aquellos convivientes que tengan vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes.

Definición de evaluación de la salud familiar

Es un proceso continuo y dinámico caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización; incluye obtención de información y su análisis e identificación de problemas y potencialidades de las familias para poder realizar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada uno de ellos. Esto debe desarrollarse a través de los procesos de dispensarización y análisis de la situación de salud

Definición de salud familiar (23)

Resulta de la relación que existe entre el funcionamiento de la familia y sus entornos materiales y la salud de sus constituyentes. Representa la salud del conjunto de la toda la familia como célula funcional dentro de la sociedad donde se encuentren.

No significa desaparición de enfermedad ni de problemas con la salud, no relata la salud de cada integrante de una familia. Es una condición dinámica, que esta mediada por las condiciones materiales de vida, por los cambios de la familia durante su desarrollo y por los problemas de salud y enfermedad de sus miembros.

Evaluación de la salud familiar

Para hacer un estudio relacionado con la familia primero se debe realizar la caracterización de esta. Como está conformada esto permite ubicar a la familia en determinados casos sobre los cuales actúa los determinantes de la salud y después serán evaluadas para un mejor resultado (9).

4.1.5.1 Caracterización de la familia

Se tendrá en cuenta la composición y la etapa de desarrollo (23):

Tamaño (número de miembros):

- a) Pequeña: de 2 a 3 integrantes.
- b) Mediana: de 4 a 6 integrantes.
- c) Grande: de 7 y más integrantes.

2. Número de generaciones:

- a) Unigeneracional.
- b) Bigeneracional.
- c) Trigeneracional.
- d) Multigeneracional.

3. Ontogénesis de la familia: (23)

a) Familia nuclear: conformada por una pareja que tenga niños o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en la casa, los hijos de relaciones anteriores y la adopción.

Existen varios tipos de familia nuclear:

Pareja sin niños en el hogar.

- Familia monoparental: conformada por uno de los dos padres y uno o más vástagos.

- Familia biparental: conformada por ambos padres, y uno o más hijos.
- Familia con padres ausentes: conformada solo por dos o más hermanos.
- Familia reconstituida: pareja nueva que se une posterior a un divorcio.
- Equivalente de pareja: pareja de homosexuales que se reconoce a sí misma como pareja ante el personal de salud.

b) Familia extensa: es la que está conformada por una pareja con descendencia cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, con descendencia o sin ella.

c) Familia ampliada: cuando se integra a la familia otras personas parientes o no al mismo hogar.

4.1.5.2 Ciclo vital de la familia

La familia atraviesa un proceso de desarrollo y evolución a lo largo de la vida esta empieza al momento en que la pareja decide unirse o casarse, y va a tener etapas definidas para cada acontecimiento de vida marital (23).

La familia y la salud

Diversos estudios investigativos refieren que la familia es un factor importante en el desarrollo, comportamiento y conducta de una persona en la sociedad, por eso es de suma importancia que los padres sepan liderar y formar correctamente el núcleo familiar a lo largo de los años (24).

Es así, que un escenario familiar seguro y estable, la creación del sentido de pertenencia a la familia mediante la comunicación adecuada interpersonal, tomando decisiones en el marco de la ética, creciendo en el interior del núcleo familiar, interactuando, preocupándose de los demás integrantes y por supuesto, amándose; podría mencionarse que esta interacción familiar, siempre que sea satisfactoria, genera el contexto idóneo para el desarrollo y cuidado humano de todas las personas.

Se demuestra así la existencia de un vínculo del autoconcepto positivo de los integrantes de la familia y la comunicación que esta sea capaz de establecer, constituyéndose de esta manera la comunicación en un factor protector

determinante que incide positivamente en el ejercicio del funcionamiento familiar (24).

Considerando a la familia como un sistema abierto que defiende su implicación en todos los procesos de desarrollo y tiene en cuenta desde lo emocional, relacional, y cognitivo, permitiendo una temprana intervención para que los niños crezcan y se realicen como persona y ser social en todos sus aspectos. De esta forma, podemos observar, cómo la función de las familias se va haciendo cada vez más importante, teniendo en cuenta las relaciones familiares considerándolas muy valiosas (25).

En la actualidad la consecución de un equilibrio emocional se constituye en uno de los factores esenciales como motor de las personas especialmente importante en la afectividad familiar. La correcta instauración de un vínculo de apego es la forma categórica de garantizar un destacado desarrollo (25).

4.1.5.3 Funcionamiento Familiar

La forma relativamente estable de relacionarse la familia de manera interna se corresponde al funcionamiento familiar. Siendo así una serie de relaciones interpersonales gestadas en el interior de cada familia y que le dan su propia identidad, desarrolla maneras de vincularse entre sí (23).

Se evalúa por medio de:

- ✓ La dinámica de las relaciones internas.
- ✓ El cumplimiento de funciones básicas.

Se evalúa el funcionamiento familiar mediante estos aspectos de manera integrada o por separado cada uno. Como parte del historial de la salud familiar, se realiza la valoración de la funcionalidad familiar. Para realizar la evaluación de esta como parte de la historia de salud familiar, se considerará el resultado de la prueba de percepción de funcionamiento familiar (FF- sil) y el criterio del equipo de salud respecto al adecuado cumplimiento de las funciones básicas por la familia (26).

Valoración de la funcionalidad familiar según sus funciones básicas (23):

- Labor educativa: no se cumplirá cuando algún integrante de la familia opte por tener comportamientos no aceptables en la sociedad. Y se cumplirá cuando los miembros se sociablemente aceptados con conductas intachables.
- Labor económica: esta se definirá que no cumple cuando en la familia no cubre sus necesidades básicas y si cumplirá cuando las cubra sobre todo en la higiene y cuidado personal, vestimenta, alimentación, acceso a servicios de salud y medicamentos.
- Función afectiva: no se cumplirá cuando algún integrante del núcleo familiar manifieste falta de afecto o se encuentre abandonado.
- Función reproductiva: esta es una de las principales y más importantes funciones de la familia, no se incluye en el estudio del funcionamiento familiar.

Dinámica de las relaciones internas

Las relaciones internas se midieron a través de la encuesta del funcionamiento familiar FF-SIL, en lo que se estudia las dinámicas de las relaciones que existe entre los integrantes de una familia.

El funcionamiento familiar se considera como la dinámica relacional interactiva y sistémica que ocurre entre los miembros de una familia y se valora a través de 7 categorías (26).

Categorías

Cohesión: es un vínculo familiar tanto física y emocional con lo cual podrán resolver diferentes situaciones y ayuda a tomar las mejores decisiones en las tareas de la vida diaria.

Armonía: corresponde a las necesidades de manera individual dentro del núcleo familiar lo cual genera un equilibrio de sus emociones de manera positiva.

Comunicación: los integrantes de una misma familia transmitirán sus experiencias e ideas de una manera clara y precisa.

Permeabilidad: Capacidad de las personas que integran la familia de dar y recibir experiencias de otras personas e instituciones.

Afectividad: Es el talento de los integrantes de una familia de demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia deberá cumplir las responsabilidades y funciones asignadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad que tiene los miembros de una familia para poder cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Esta encuesta consta de 14 situaciones que pueden ocurrir o no. Representa 2 a cada una de las 7 variables que mide este cuestionario (26).

N.º Situaciones	de	Variables que mide
1 y 8		Cohesión
2 y 13		Armonía
5 y 11		Comunicación
7 y 12		Permeabilidad
4 y 14		Afectividad
3 y 9		Roles
6 y 10		Adaptabilidad

Para cada variable existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que a su vez tienen una escala de puntos:

Escala cuantitativa	Escala cualitativa
Casi nunca	1 pto
Pocas veces	2 ptos
A veces	3 ptos
Muchas veces	4 ptos
Casi siempre	5 ptos

Cada uno de los 14 ítems que les son presentadas a las personas, será respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según como lo interprete como miembro de la familia (26)

Resultados

Cuando se haya realizado la encuesta se sumarán los puntos y dará como resultado la categoría en que se encuentra el funcionamiento familiar.

Tipo de Familia (26)

Familia Funcional: Una familia funcional o moderadamente funcional, se distinguen por tener una unión familiar física y emocional ya que pueden enfrentar algunas situaciones y tomar decisiones de las tareas de la vida diaria (27).

Familia disfuncional: en este tipo de familia no se valoran, no cumplen con sus responsabilidades lo que afecta a los miembros del núcleo familiar, ya que pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida (27).

Fundamentación ética

La Constitución Política de la República del Ecuador, no menciona específicamente al consentimiento informado, pero en la Ley Orgánica de la Salud, y en el Código de Ética Médica del Ecuador, se describe sobre este tema. (28)

Antes de acceder al consentimiento, los adultos involucrados en la investigación o su representante legal se les tiene que informar de forma absoluta todo el contenido por el profesional de salud que lleva a cabo la trabajo de investigación, sobre la naturaleza, la importancia, trascendencia y los riesgos del estudio, el profesional de salud tiene que asegurarse de que la información sea entendida por todos los participantes en especial por los adultos mayores, así como pueden, en cualquier momento, desautorizar su consentimiento sin tener que explicitar la causa (28) .

El Ministerio de Salud Pública manifestó la importancia de la enfermedad hipertensiva en el Ecuador. En 2012 la prevalencia de hipertensión arterial

medida por la ENSANUT en la población comprendida entre los 18 a 59 años fue de 9,3%, predominando en los hombres con el 11,2% y el 7,5% en las mujeres, la prehipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2%, con valores de 27,1% en las mujeres y 48,0% en los hombres (29).

La encuesta SABE II, que fue actualizada en el año 2010, obtuvo una prevalencia de HTA en adultos de 44,4%. En la ENSANUT, el análisis conjunto de la hipertensión arterial medida, del antecedente de hipertensión y el antecedente del uso de medicamentos en las últimas dos semanas, arroja los siguientes hallazgos de importancia:

- El 83% de las personas con prehipertensión arterial desconocían su condición de riesgo.
- El 57% de las personas no sabían que sufrían de hipertensión arterial, hallazgo de mucha relevancia para la formulación de políticas que favorezcan el acceso a la atención en salud.
- El 43% de las personas con hipertensión arterial si conocían que tienen la patología, pero tienen cifras de presión arterial alta lo que demuestra falta de control de su enfermedad.
- El 51,3% de las personas que dicen ser hipertensos y en quienes se encontró hipertensión arterial en un control de rutina, refieren recibir tratamiento antihipertensivo en las dos semanas antes a la encuesta, situación que plantea desafíos con respecto al éxito de las conductas terapéuticas.
- El 48,7% de las personas que refieren ser hipertensos y que al momento de la encuesta tienen hipertensión, no tomaron tratamiento en las últimas dos semanas, situación que reflejaría el no acceso a medicamentos antihipertensivos o problemas de adherencia a las medidas terapéuticas

Bases Legales. (30)

Entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar Comunitario e Intercultural, se encuentran la Constitución de la República del Ecuador, la agenda social de los Objetivos de desarrollo Sostenible.

La salud es un derecho que garantiza el Estado, y se vinculara al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (31).

4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se realizó un estudio en el año 2018, transversal, relacional, con 414 individuos de 20 a 64 años para determinar la relación entre funcionalidad familiar con factores de riesgo para HTA. La disfunción familiar constituye un factor de riesgo para presentar: nivel bajo de actividad física (OR: 1,61; IC_{95 %}: 1,03-2,52), consumo de tabaco (OR: 1,63; IC_{95 %}: 1,04-2,55), sobrepeso-obesidad (OR: 1,77; IC_{95 %}: 1,13-2,76), tensión arterial alterada (OR: 2,00; IC_{95 %}: 1,22-3,28) y consumo de alcohol de riesgo (OR: 5,69; IC_{95 %}: 3,59-9,01). El análisis de la relación contribuirá al avance del conocimiento y como base para delinear estrategias preventivas. (27)

Se obtuvo un estudio en el del Hospital General Enrique Garcés en el año 2015 de corte transversal, observacional y prospectivo, usando un cuestionario auto aplicable (FF-SIL) validado en Cuba; las variables a evaluar fueron: funcionalidad familiar, edad, sexo, raza, escolaridad, estado civil, vivienda, tiempo de evolución de la enfermedad, grado de HTA, control de su HTA, conocimiento de su HTA y refractariedad a su manejo. Los datos y variables se procesaron mediante el programa estadístico SPSS20 con una muestra de 240 permitiéndonos obtener un error máximo estimado de 5 %, con un nivel de confianza del 90%, y una p de 0,05. Resultados: En los

pacientes evaluados se observó que predominó el sexo femenino (65.4%), y el mayor número de casos se encontraron en edades mayores de 60 años (56%). El tipo de funcionalidad familiar más frecuente fue el moderadamente funcional en un 44,2%. Además, se evidenció que de todos los pacientes con presión arterial controlada el 25,4% y 33,8%. Se realizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un valor de 14,587 y una p de 0,002 evidenciándose su significancia estadística. (32)

La investigación se realizó en la comunidad de Coyoctor del cantón El Tambo, en el año 2015; se evidenció 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. Es un estudio analítico-transversal, en el cual se trabajó con dos grupos de familias: el primer grupo tiene a su cuidado adultos mayores con HTA crónica y el otro grupo familiar con adultos mayores sin patología Hipertensiva; en ambos grupos, tras la aplicación del test de FF SIL, se determinó el análisis de funcionalidad familiar, y luego se aplicó el test de FACE III para evaluar Cohesión y Adaptabilidad (33). El tener en el grupo familiar un adulto mayor con patología crónica degenerativa es un factor de riesgo para la presencia de disfuncionalidad familiar OR = 1.5; valor de $p < 0,004$ e Intervalo de Confianza = 1.092 – 2.235, y la falta de acompañamiento puede agravar aún más esta condición (valor de $p = 0.009$). Se concluyó que la Hipertensión es un factor de riesgo para producir disfuncionalidad en el grupo familiar, en tanto que la cohesión y adaptabilidad no fueron modificadas.

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

El control de la hipertensión arterial está asociado a la funcionalidad de las familias de los pacientes hipertensos.

6. MÉTODOS

6.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación es relacional, se busca si hay asociación entre dos variables, la variable de supervisión, cualitativa nominal y la variable de asociación, cualitativa ordinal, identificándola como factor de riesgo si existe asociación entre ellas.

6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador, la investigación es de tipo observacional, porque no existe manipulación con el objeto de estudio; según la planificación de la toma de datos, el estudio es prospectivo, la información es recogida para cumplir el objetivo de la investigación, por lo que es primaria. Por el número de ocasiones que se mide la variable de estudio, es transversal, las variables se miden en una sola ocasión y teniendo en cuenta el número de variables, el estudio es analítico, el análisis estadístico es bivariado.

6.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación se ajusta a un estudio de casos y controles ya que se relaciona la funcionalidad familiar con el control de la hipertensión arterial, para determinar si existe asociación entre ellos.

6.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO

El método se seleccionó de manera que se organizara paso a paso cada una de las partes necesarias para el cumplimiento del proyecto de la investigación, teniendo en cuenta que el mismo es la asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial, la investigadora determinó que el mismo se ajusta a la pregunta de investigación, objetivos e hipótesis planteada.

6.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población del estudio estuvo conformada por 105 pacientes de 20 años y más, de ambos sexos con diagnóstico de HTA asignados al consultorio N° 10 del centro de salud Sauces III.

6.5.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para los criterios de selección de los participantes en el estudio se tuvieron en cuenta: las normas éticas y las particularidades que pudieran proporcionar inconvenientes al desarrollo de la investigación y evitar sesgos.

6.5.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes que vivan con su familia.

6.5.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Paciente que después de dos citas al centro de salud no sea posible contactar.
2. Paciente con discapacidad que le impida responder las preguntas de la encuesta.

6.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki en su última revisión en el año 2013.

Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes hipertensos de la población de estudio (Anexo 1).

Se utilizó una encuesta elaborada por la autora basada en la bibliografía documental revisada y validada por expertos siguiendo los criterios de Moriyama, se aplicó la encuesta en el centro de salud, previa cita a los pacientes hipertensos.

En la primera sección se utilizó la encuesta para caracterizar la población según variable sociodemográfica como edad, sexo, etnia, escolaridad, estado civil y ocupación laboral (Anexo 2).

La segunda sección se determinó para el funcionamiento familiar mediante el uso del cuestionario auto aplicable, a todos los pacientes hipertensos, FF- SIL validado en Cuba (Anexo 3), que tiene como indicador: Cohesión, Armonía, Comunicación, Permeabilidad, Afectividad, Roles y Adaptabilidad. Y consiste en preguntas acerca de situaciones que pueden subsistir dentro del núcleo familiar, siendo un total de 14, que serán contestadas por el paciente hipertenso de la población de estudio, en una escala del 1 al 5 tipo Likert.

Posteriormente se suman los puntos y se puntúan según lo siguiente:

70-57 puntos: Familias funcionales.

56-43 puntos: familia moderadamente funcional.

42-28 puntos: Familia disfuncional.

27-14 puntos: Familia severamente disfuncional.

La tercera sección hace mención del control de la presión arterial y se definirá como controlado cuando las cifras se encuentren $< 140/90$ mmhg en tres o

más controles médicos según la GPC de hipertensión arterial año 2019, usando la técnica de auscultación de la primera y la quinta fase de los sonidos de Korotkoff, por parte del médico y un esfigmomanómetro adecuadamente calibrado.

Para realizar la medición de la presión arterial, las personas deben estar en reposo al menos 5 minutos, vaciar la vejiga urinaria en caso necesario y por al menos 30 minutos no haber realizado ejercicio físico, fumado, tomado café ni ingerir alcohol.

6.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Objetivo 1:Caracterizar a la población de hipertensos según variables sociodemográficas.	
Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	
Etnia	
Escolaridad	
Estado civil	
Ocupación	
Objetivo 2:Clasificar la funcionalidad en las familias de los pacientes hipertensos.	
Funcionalidad familiar (FF-SIL)	Psicometría
Objetivo 3:Determinar el control de la hipertensión arterial en la población de estudio.	
Control de hipertensión arterial	Observación

6.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El resultado obtenido a través de la encuesta y la aplicación del cuestionario auto aplicable FF- SIL se introducirán en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016, todas las variables, para cada una de las unidades de estudio. El procesamiento de los datos se realizará a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 (2016).

Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y la variable asociada se utilizará la prueba estadística Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0% y significancia estadística del 5 % ($p < 0,05$).

La información se presentará en forma de tablas para su mejor comprensión.

6.9 VARIABLES

6.9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad (años cumplidos según grupos decenales)	20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 70 – 79 80 – 89 90 - 99	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo (según caracteres sexuales externos)	Femenino Masculino	Cualitativa nominal dicotómica
Etnia	Etnia (Según autoidentificación étnica)	Indígena. Afroecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a) Otra.	Cualitativa nominal politómica

Escolaridad	Escolaridad (Según niveles terminados)	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar. Primaria terminada. Secundaria terminada. Bachillerato Universitaria Postgrado terminado (Especialidad, Maestría, Doctorado)	Cualitativa ordinal
Estado civil	Estado civil (Situación actual relacionada con la pareja)	Soltero Unión libre Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)	Cualitativa nominal politómica
Ocupación	Ocupación (Según actividad laboral que desempeña)	Empleado(a) público(a), empleado(a) privado(a), cuenta propia, ama de casa, trabajador(a) no remunerada, estudiante, jubilado(a), desempleado(a), Otra.	Cualitativa nominal politómica
Funcionalidad familiar	Grado de funcionalidad	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Cualitativa ordinal
Control de hipertensión arterial sistémica	Control de HTA	Controlada No controlada	Cualitativa nominal

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la población de adultos según grupos de edad y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Grupos de edad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
20 a 29	3	5,6	4	7,8	7	6,7
30 a 39	3	5,6	6	11,8	9	8,6
40 a 49	9	16,7	7	13,7	16	15,2
50 a 59	14	25,9	7	13,7	21	20,0
60 a 69	12	22,2	14	27,5	26	24,8
70 a 79	8	14,8	8	15,7	16	15,2
80 a 89	4	7,4	3	5,9	7	6,7
90 a 99	1	1,9	2	3,9	3	2,9
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

La tabla 1 muestra la edad y el sexo, la mayoría de hipertensos corresponden al grupo de edad de 60 a 69 años con el 24,8% el sexo que predomina es el masculino con el 51.4%. Un estudio hecho por Guzmán en Cuenca en el año 2018, (34) revelo que el grupo de edad de 61 años fue mayoritario con el 69,3%, los porcentajes no guardan relación con este trabajo, que son mayores porque se incluyen más edades en un solo grupo, pero si tiene similitud que a partir de los 60 años se agruparon la mayoría de los hipertensos en ambos estudios, el sexo en el estudio de Guzmán no tuvo similitud con el presente estudio, la población femenina fue mayoritaria con el 61,5%, mientras que en el presente trabajo predomino el sexo masculino con el 51.4%. Un estudio realizado por Guevara Aristega, (35) en el año 2018 encontró la mayor frecuencia en el grupo de edad de 50 a 59 años (37,9%) y el sexo femenino con 56,4%, valores que difieren totalmente del resultado del actual estudio. Carrillo en el año 2021 realizó un estudio en Ambato, sobre calidad de vida y

funcionalidad familiar en pacientes con HTA, (36) donde también fue mayoritario el sexo femenino el 60%, no guardando relación con el presente estudio.

Tabla 2. Distribución de la población según etnia y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Etnia	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Mestizo	22	40,7	32	62,7	54	51,4
Mulato	9	16,7	7	13,7	16	15,2
Blanco	6	11,1	4	7,8	10	9,5
Negro	8	14,8	1	2,0	9	8,6
Montubio	8	14,8	0	0,0	8	7,6
Afroecuatoriano	0	0,0	5	9,8	5	4,8
Indígena	1	1,9	2	3,9	3	2,9
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

En la tabla 2, la etnia mestiza predominó con el 51,4%, seguida de mulato con el 15,2%. La etnia en el estudio realizado por Guzman, (34) en el año 2018 se clasificó en indígenas y no indígenas solamente, a la población de estudio por lo que la comparación en el presente estudio de esta variable solo cuenta para decir que fueron diferentes etnia, pero los no indígenas fueron mayoritarios 62,3%, mientras en el estudio actual los mestizos representaron la mayoría con el 51,4%. Un estudio realizado en Quito por Del Corral y González en el año 2015, (32), mostró resultados similares en cuanto a la etnia predominante que fue la mestiza el 97,9% de la población; Bajaña Aguilar en el año 2018 (37) encontró similares resultados en la población que estudió (81,8%) también fueron mestizos.

**Tabla 3. Distribución de la población según escolaridad y sexo.
Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.**

Escolaridad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Primaria sin terminar	5	9,3	9	17,6	14	13,3
Primaria terminada	16	29,6	15	29,4	31	29,5
Secundaria	18	33,3	11	21,6	29	27,6
Bachillerato	7	13,0	9	17,6	16	15,3
Universitaria terminada	5	9,3	5	9,8	10	9,5
Postgrado terminado	3	5,6	2	3,9	5	4,8
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

En la tabla 3 se observó que la escolaridad mostró un mayor número en la primaria terminada con el 29,5% y secundaria con el 27,6%. El grado de instrucción en el estudio de Poma Jorge y otros autores (27) en el año 2018 refiere que fue más frecuente la categoría de ninguno el 76,9%, seguida de la categoría primaria (48,8%), no guardando relación con el presente estudio en el que predominó la primaria terminada. En Ambato, Carrillo, en el año 2021, (36) el nivel de instrucción más frecuente correspondió a la categoría de primaria 63,3%, diferentes valores, pero igual categoría que el presente estudio. Torres Pedro, Centurion Rodrigo y otros autores en el año 2018 (38) encontró en la categoría de secundaria el mayor porcentaje 53,5% resultados diferentes al estudio actual.

Tabla 4. Distribución de la población según estado civil y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Estado civil	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Casado/a	12	22,2	20	39,2	32	30,5
Unión libre	15	27,8	10	19,6	25	23,8
Divorciado/a	10	18,5	7	13,7	17	16,2
Separado/a	9	16,7	5	9,8	14	13,3
Soltero/a	5	9,3	5	9,8	10	9,5
Viudo/a	3	5,5	4	7,9	7	6,7
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

En la tabla 4 predominó el estado civil casado con el 30,5% y la unión libre el 23,8%. En el estudio realizado en el año 2018 por Huamán Gómez, (39) el estado civil que predominó fue conviviente o unión libre (55,2%), diferente a lo hallado en este trabajo de investigación. En el estudio que Sánchez realiza en Loja en el año 2016 (40) el estado civil unión libre fue el que predominó 42,9%, este resultado no guarda similitud con este estudio aquí realizado, donde prevaleció el estado civil casado con el 30,5%. Herrera (41) en el año 2018, en un estudio realizado con una población de hipertensos también encontró en la categoría de casado la mayor frecuencia (41,3%).

Tabla 5. Distribución de la población de adultos hipertensos según ocupación y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Ocupación	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Cuenta propia	17	31,5	14	27,5	31	29,5
Ama de casa	0	0,0	21	41,2	21	20,0
Jubilado/a	14	25,9	5	9,8	19	18,1
Empleado público/a	10	18,5	4	7,8	14	13,3
Empleado privado/a	9	16,7	3	5,9	12	11,4
Trabajadora no remunerada	1	1,9	3	5,9	4	3,8
Desempleado/a	2	3,7	1	2,0	3	2,9
Estudiantes	1	1,9	0	0,0	1	1,7
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

En la tabla 5, la población se distribuyó mayoritariamente en el trabajo por cuenta propia con el 29,5% y segundo lugar ama de casa 21 casos con el 20,0%. En el estudio de Carrillo, (36) la ocupación ama de casa fue la más frecuente 36,6%, lo que no se asemeja a este estudio, que la mayor frecuencia correspondió a trabajador por cuenta propia; También Herrera (41) en el 2018 obtuvo un predominio de la ocupación cuenta propia (49,3%). Vidal Plúas (42) en el 2018 tuvo la mayor frecuencia en la ocupación ama de casa (22,2%) de su población, resultados que difieren del presente estudio en cuanto a la categoría que representó el mayor porcentaje.

Tabla 6. Distribución de la población según funcionalidad familiar y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Funcionalidad familiar	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Funcional	11	20,4	8	15,7	19	18,1
Moderadamente funcional	24	44,4	21	41,2	45	42,9
Disfuncional	15	27,8	13	25,5	28	26,7
Severamente disfuncional	4	7,4	9	17,6	13	12,4
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

En la tabla 6, las familias moderadamente funcionales predominaron con el 42,9% del total y le siguieron las disfuncionales con el 26,7%. Un estudio realizado por Padron Quezada y otros autores en el año 2015 (43) tiene resultados en cuanto a la funcionalidad de las familias de hipertensos, del 97% de familias funcionales y un 3% de familias disfuncionales, estos resultados difieren del presente estudio, que arrojó resultados mayormente en las familias moderadamente funcional del 42,9%. En un artículo publicado en el 2018 en una revista colombiana por Poma y otros autores (27) la prevalencia fue mayor en las familias disfuncionales con el 52,17%, lo que difiere con el presente trabajo que predominó las familias moderadamente funcional. Un estudio realizado por Mendoza Moreira en el año 2018 (44) encontró valores similares a los hallados en este trabajo de investigación, las familias moderadamente funcionales fueron las de más alta frecuencia 41,6%, cifra que casi se iguala a los hallados en esta investigación.

Tabla 7. Distribución de la población según control de HTA y sexo. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Control de HTA	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Controlada	29	53,7	33	64,7	62	59,0
No controlada	25	46,3	18	35,3	43	41,0
Total	54	100,0	51	100,0	105	100,0

En la tabla 7 se observó que la población hipertensa tiene niveles de presión arterial controlada con el 59,0%, superior a los no controlados. En el estudio realizado por Sánchez en Loja (40) en el año 2016, el 60,6% de los pacientes no tienen control de la presión arterial, estas cifras no guardan relación con el presente estudio, en que la mayor parte de los pacientes tienen control de la tensión arterial. Un estudio realizado por Menéndez y otros en el año 2016 (45) encontraron resultados donde prevaleció los hipertensos no controlados con el 70%, estos hallazgos son diferentes al estudio actual donde la mayoría de la población tiene control de la hipertensión. Otro estudio realizado en el año 2020 por Morejón y otros (46) encontraron cifras de un 59,8% en pacientes hipertensos controlados; por lo que se asemeja a presente trabajo donde también predominó la población hipertensa controlada.

Tabla 8. Distribución de la población según funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial. Consultorio 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021.

Funcionalidad familiar	Control de la HTA				Total	%
	Controlada		No controlada			
	No	%	No	%		
Funcional	15	24,2	4	9,3	19	18,1
Moderadamente funcional	30	48,4	15	34,9	45	42,9
Disfuncional	10	16,1	18	41,9	28	26,7
Severamente disfuncional	7	11,3	6	14,0	13	12,4
Total	62	100,0	43	100,0	105	100,0

$$X^2=10,641 \quad p=0,014$$

En la tabla 8 se observó la mayor frecuencia, en las familias moderadamente funcionales con el 42,9% del total de casos y en los pacientes con control fueron con el 48,4% de ellos; le siguió en orden de mayor frecuencia, las familias disfuncionales, que fueron 28 el 26,7% del total y del grupo sin control, 18 el 41,9% de ellos. En esta tabla existe asociación significativa entre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial, con una $p=0,014$ por debajo del nivel de significación definido para este estudio, por lo que se prueba la hipótesis planteada en el estudio. Un estudio realizado en el año 2020, por Becerra y Villegas (8) se aprecia una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a la disfunción familiar, siendo una tensión arterial promedio de 124/74 mmHg en los individuos que obtuvieron puntaje para familia funcional, 129/77 mmHg para el grupo de familia moderadamente funcional, 130/75 mmHg aquéllos con familia disfuncional y 130/78 mmHg en el grupo que calificó para familia severamente disfuncional, estos resultados se acercan a los que se muestran en esta tabla en cuanto a la relación del funcionamiento familiar con las cifras de tensión arterial, Lara Velecela realizó una investigación en el año 2016 (47), y los resultados

muestran que el 78,1% de los pacientes con control tienen familias funcionales y el 12,5% disfuncional, mientras que los no controlados solamente 9,3% son funcionales, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables, lo que diferencia a los resultados de ambos estudios. Cruz Romo (48) en el año 2018 describe que el nivel de funcionalidad familiar fue funcional en un 53% de los pacientes. Y refiere que no hay relación entre las variables de funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial. Resultado que difiere de este estudio el cual si hay asociación entre funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial.

8. CONCLUSIONES

- Predominó la población de la sexta década, el sexo masculino, la etnia mestiza, la escolaridad primaria terminada y secundaria, el estado civil casado/a y la ocupación cuenta propia.
- Las familias moderadamente funcionales son predominantes y los pacientes con presión arterial controlada son algo más numerosos que los que no tienen control.
- La funcionalidad familiar está asociada al control de la presión arterial, por lo que se cumple la hipótesis planteada.

9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación en salud familiar e hipertensión arterial centra al paciente en el contexto psicosomático familiar, no solo comprendiendo sus características personales y los recursos que disponen, sino desde su origen inicial que es la familia, lo cual puede ayudar a determinar el manejo de los problemas de salud, en este caso de la hipertensión arterial bajo la influencia de un ambiente de familia estresante y controversial, para lo que es necesario la integración de un equipo multidisciplinario en la atención primaria de salud que identifiquen situaciones problemáticas presentes y fortalecer los factores protectores familiares.

Esta investigación dispone al profesional de salud para la orientación familiar en el caso que se determinara una dependencia directa entre el control de la hipertensión y los problemas inherentes a la familia de los hogares incluidos en la población asignada, así como identificar factores como psicosociales, educativos o eventos estresantes que estén influyendo tanto en la funcionalidad de la familia como en el control de la hipertensión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Brito AD. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay. [Internet]; 2018. Acceso 10 enero del 2020 ; 8(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100008&lng=es%20..
2. Rubio Guerra AF. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Medicina Interna de México. [Internet]; 2018. Acceso 10 enero del 2020; 34(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200011&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.24245/mim.v34i2.2015
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hipertensión. Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet].; 2021 [citado 2020 julio 29. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. Freire WB. RLM,BP,MM,SJM. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Internet]; 2014. Acceso 27 de agosto 2020. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
5. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial. Guía de Práctica Clínica (GPC). Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización-MSP. [Internet]; 2019. Acceso 4 agosto del 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
6. Lima Sosa AL, Rodríguez Batista S, Sousa AC, Pacheco JA, Valverde De Olivera Vitorino P, Pagotto V. Hypertension Prevalence, Treatment and Control in Older Adults in a Brazilian Capital City. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]; 2019; Acceso 10 enero 2020. 112(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/abc/a/cRNx9J6wRZk8jLMVGSNrSCq/?lang=en>
7. Troncoso Pantoja C, Soto López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horizontes Médico. [Internet]; 2018; Acceso 18 febrero 2020; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000100004&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04.
8. Becerra Partida EN, Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de

- atención. Revista Conamed. [Internet]; 2021. Acceso 24 agosto 2020; 26(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2021/con212b.pdf>
9. Cid Rodríguez dC, Montes de Oca Ramos R, Hernández Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrónica. [Internet];2014; Acceso 27 julio 2020; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008
 - 10 Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Revista Uruguaya de Cardiología. [Internet]; 2018; Acceso 1 agosto 2020. 34(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4797/479759139011/html/>
 - 11 Alfonso Prince JC, Salabert Tortoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Revista Médica Electrónica. [Internet]; 2017; Acceso 8 de agosto 2020; 39(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es%20.
 - 12 González Alfonso A, González Alfonso N, Vázquez González Y, González Alfonso L, Gómez Pacheco R. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. Revista Científica Villa Clara. [Internet]; 2011; acceso 3 agosto 2020. 8(2). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/941>
 - 13 Rehm J, Gmel G, Serra C, Gual A. Reducción de la mortalidad mediante una mejor detección de la hipertensión y los problemas con el alcohol en atención primaria de salud en España. Adicciones. [Internet]; 2016. Acceso 23 agosto 2020. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/726/812>
 - 14 García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Revista Cubana de Medicina General e Integral. [Internet]; 2016. Acceso 23 agosto 2016; 32(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76694>
 - 15 Cuzco Tello LV. Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio médico 11. Centro de Salud Pascuales. 2015-2016. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet]; 2017. Acceso 6 agosto 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7416/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-28.pdf>
 - 16 Carrasco Hernández IL. Complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus tipo 2. Tesis. Universidad Complutense. [Internet]; 2017. Acceso 4 agosto 2020.

Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/INES%20LAZARO-CARRASCO%20HERNANDEZ.pdf>

- 17 León Latre M, Moreno Franco B, Andrés Esteban EM, Ledesma M, Laclaustra M, Alcalde V. Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. *Revista Española de Cardiología*. [Internet]; 2014; Acceso 3 agosto 2020; 67(6): p. 449-455. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-sedentarismo-su-relacion-con-el-articulo-S0300893214000384?redirect=true>
- 18 Arguelles J, Nuñez P, Perillán C. Consumo excesivo de sal e hipertensión arterial: Implicaciones para la salud pública. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. [Internet]; 2018; acceso 6 agosto 2020; 9(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232018000100119&lang=pt
- 19 Barba Evia JR. Diabetes: ¿epidemia o pandemia? *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*. [Internet]; 2018; Acceso 20 agosto 2020; Acceso 20 agosto 2020; 65(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt184e.pdf>.
- 20 Elousa R, Lucas G, Tomás M. Avances en el conocimiento de las bases genéticas del control de la presión arterial. *Nefrología*. [Internet]; 2011. Acceso 4 agosto 2020; 2(1). Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-avances-el-conocimiento-bases-geneticas-articulo-X2013757511002460>
- 21 Ferrer M, Fernández-Brito Rodríguez JE, Alonso Martínez M, Carballo Martínez RG, Pérez Assef H. Asociación del peso al nacer con sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. [Internet]; 2015. acceso 6 agosto 2020; 14(1). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/369>
- 22 Navarro Lechuga E, Vargas Moranth R. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. *Salud Uninorte*. [Internet]; 2009. Acceso 1 agosto 2020; 25(1): p. 88-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a09.pdf>
- 23 Louro IB. Manual para la Intervención en la Salud Familiar La Habana: Ciencias Médicas; [Internet]; 2002. Acceso 26 agosto 2020. Disponible en: https://www.academia.edu/12372988/Manual_para_la_intervenci%C3%B3n_en_la_salud_familiar
- 24 Álvarez Gallego M. Prácticas educativas parentales: autoridad familiar, incidencia en el comportamiento agresivo infantil. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. [Internet]; 2010, Acceso 24 agosto 2020; (31). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587011>

- 25 Landeros Herrera JE, Simental Mendía LE, Rodríguez Durán JL. Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]; 2015. Acceso 27 agosto 2020; 53(5). Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/prin%20terFriendly/161/463
- 26 Ortega T, De la Cuesta D, Díaz C. Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL. [Internet]. Acceso 29 julio 2020. Disponible en: <https://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>
- 27 Poma J, Carrillo L, Gonzalez J. Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertension arterial. Univ Med. [Internet]; 2017. Acceso 29 julio 2020; 59(1): p. 1-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324554591_Funcionalidad_familiar_y_factores_de_riesgo_modificables_para_hipertension_arterial
- 28 García M. Consentimiento informado.. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Bioética. [Internet]. Acceso 20 agosto 2020. Disponible en: http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_consentimiento.htm
- 29 Freire W, Ramírez Luzuriaga MJ, Belmont P, Mendieta J, Silva Jaramillo K, Romero N. ENSANUT-ECU 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [Internet]; 2014. Acceso 21 agosto 2020. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- 30 EL CONGRESO NACIONAL. Ley Orgánica de Salud. Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. [Internet]. Acceso 23 agosto 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- 31 Constitución de la República del Ecuador. Montecristi. Capítulo Primero. Principios Fundamentales. Acceso 4 agosto 2020. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- 32 Del Corral González DJ, González Simbaña NP. 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 cardiología del Hospital General. Tesis. PUCE. [Internet]. 2015. Acceso 28 julio 2020. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9060/TESIS%20DEFINITIVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 33 Serrano Serrano C, Padrón Quesada FR. Nivel de funcionalidad, cohesión y adaptabilidad familiar asociado al cuidado del adulto(s) mayor(es) con y sin hipertensión arterial crónica; Coyoctor - Cañar, 2015. Tesis. Universidad del Azuay.

- [Internet]. Acceso 3 agosto 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187001>
- 34 Guzmán Morales SM. Conocimientos sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de Suscal 2017-2018. Tesis. Universidad de Cuenca. [Internet]. Acceso 4 septiembre 2021. Disponible en: <https://1library.co/document/ye84640y-conocimientos-hipertension-arterial-funcionalidad-familiar-pacientes-centro-suscal.html>
- 35 Guevara Aristega KS. Evaluación de la adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes hipertensos, comunidad El Recuerdo, año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet]. Acceso 7 septiembre 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12163/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-58.pdf>
- 36 Carrillo Bayas GP. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial. Tesis. Universidad Técnica de Ambato. [Internet]. Acceso 2 septiembre 2021. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32813/3/6._carrillo_vayas_gabriela_patricia%281%29.pdf
- 37 Bajaña Aguilar AA. Factores de riesgo de hipertensión arterial en la población de 20 a 64 años de edad del consultorio 1 del Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. 2018. [Internet]. Acceso 5 septiembre 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12186/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-80.pdf>
- 38 Torres Pedro, Centurión Rodrigo, Medina Cubilla Rocío Maridey, Portillo González Jazmín Aracé. Control adecuado de la presión arterial en adultos con medicación antihipertensiva de dos Unidades de Salud Familiar de Luque y Fernando de la Mora, Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2018 Mar; 6(1)(31-40). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000100031&lng=en. Epub Mar 01, 2019. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)31-040](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)31-040).
- 39 Huaman Gómez L. Relación de la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huanuco 2018. Tesis. Universidad de Huanuco. [Internet]; 2018. Acceso 3 septiembre 2021. Disponible en: http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/1378/T047_42272686_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 40 Sánchez Sandoval DK. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la funcionalidad familiar en adultos medios. Parroquia La Avanzada. Año 2016. Tesis. Universidad Nacional de Loja. [Internet]; 2016. Acceso 2 septiembre 2021. Disponible en:

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18248/3/damarys%20%20biobiblioteca.pdf>

- 41 Herrera Chica T. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 8. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet]; 2018. Acceso 3 septiembre 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12218/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-113.pdf>
- 42 Vidal Pluas JG. Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2018. [Internet]. Acceso 4 septiembre 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12176/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-70.pdf>
- 43 Padrón Quezada, Frantz Ricardo, Peña Cordero, Susana, Salazar Torres, Katherine. Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica; Comunidad Coyocor. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2015; 12(3)(79-82). Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=170252187001>
- 44 Mendoza Moreira RD. Intervención educativa en familias disfuncionales del consultorio médico B. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2018. [Internet]. Acceso 4 septiembre 2021. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12156/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-51.pdf>
- 45 Menéndez E, Delgado E, Frenández Vega F, Prieto MA, Bordiu E, Calle A. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Revista Española de Cardiología. [Internet]; 2016. Acceso 4 septiembre 2021; 69(6). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030089321600035X>
- 46 Morejón Giraldoni AF, Benet Rodríguez M, Bernal Muñoz JL, Espinosa Brito AD, Sylva Aycaguer LC, Ordunez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Revista Cubana Salud Pública. [Internet]; 2020. Acceso 5 septiembre 2021; 45(3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1716/es/#>
- 47 Lara Velecela SV. Niveles de funcionalidad familiar y su relación con el grado de hipertensión arterial en pacientes hipertensos adultos y adultos mayores, parroquia Sageo. Tesis. Universidad del Azuay. [Internet]; 2016. Acceso 5 septiembre 2021. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6443/1/12581.pdf>

- 4 Cruz Romo MG. Asociacion entre funcionalidad familiar e hipertension arteail
8 sisteica controlada en pacientes adscritos al programa receta resusrtible de la
. Unidad de Medicina Familiar.2 Tesis. Universidad Autonoma de
Aguascaliente. [Internet]; 2018. Acceso 5 septiembre 2021. Disponible en:
[http://bdigital.dgse.uaa.mx:8088/xmlui/bitstream/handle/11317/1448/426095.
pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bdigital.dgse.uaa.mx:8088/xmlui/bitstream/handle/11317/1448/426095.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: Relacionar el tipo de funcionalidad de la familia con el control de la hipertensión arterial. He recibido la información por el médico: Yessenia Vanessa Zurita Calderón posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 091995700 -1 y número de teléfono: 0963201913

- 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 y en la toma de la presión arterial.
- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es de 1 año.
- Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé 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.
- No tendré que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibiré pago por mi participación.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de esta en general, si así lo deseo.
- Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

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.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad N°. _____

Fecha:

Anexo 2

Encuesta

Por favor responda las siguientes preguntas, cabe recalcar que la información que ud proporciona será confidencial y es anónima.

1.- ¿Qué edad tiene usted? ()

2.- ¿Cuál es su sexo?

() Masculino

() Femenino

3.- ¿Cómo se considera ud según la etnia?

() Indígena

() Afroecuatoriano

() Mulato

() Montubio

() Mestizo

() Blanco

() Otros.....

4.- ¿Cuál es su estado civil?

() Soltero

() Unión libre

() Casado

() Viudo

() Separado

() Divorciado

5.- ¿Cuál es su grado académico?

- Ninguna
- Primaria sin terminar
- Primaria terminada
- Secundaria
- Bachillerato
- Universidad terminada
- Posgrado terminado

6.- ¿Cuál es su ocupación laboral?

- Empleado publico
- Empleado privado
- Independiente
- Ama de casa
- Trabajador no remunerado
- Estudiante
- Jubilado
- Desempleado
- Otros

Anexo 3

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación

	VALORES DE LA ESCALA	Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple 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 diferentes					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté 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					

Al final 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 pts. Familia funcional
- De 56 a 43 pts. Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 pts. Familia disfuncional
- De 27 a 14 pts. Familia severamente disfuncional



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Zurita Calderón Yessenia Vanessa**, con C.C: # **091995700-1** autor/a del trabajo de titulación: **Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial en pacientes adultos asignados al consultorio N° 10. Centro de Salud Sauces III. 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, 20 de noviembre de 2021

f. _____

Nombre: **Zurita Calderón Yessenia Vanessa**

C.C: **091995700-1**



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 pacientes adultos asignados al consultorio N° 10. Centro de Salud Sauces III. Año 2021”		
AUTOR(ES)	Yessenia Vanessa Zurita Calderón		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Eva Ramona Vélez Díaz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	# 71
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Control, bienestar familiar, psicometría, enfermedad crónica, presión arterial.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, poligénica y multifactorial, se define no controlada si las cifras tensionales son $\geq 140/90$ mm Hg, afectando a un 25% de la población adulta mundial, su control requiere un manejo adecuado por parte del médico, el paciente y familia. Métodos: Se realiza un estudio de nivel relacional, observacional, prospectivo y transversal, para investigar la asociación entre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial en la población de pacientes adultos hipertensos del consultorio 10 del Centro de Salud Sauces III, se utilizó medidas de resumen valores absolutos y relativos (porcentajes) y el test estadístico Chi cuadrado para probar la hipótesis planteada. Se utilizó una encuesta elaborada por la investigadora y el test psicométrico FF-SIL. Resultados: El grupo de edad más numeroso el de 60 a 69 años (24,8%), el sexo masculino 51,4%, la etnia mestiza 51,4%, la escolaridad primaria terminada 29,5%, el estado civil casada 30,5%, la ocupación cuenta propia 29,5%; la funcionalidad moderadamente funcional 42,9%, el control de HTA 59% con control, y la funcionalidad se encuentra asociada al control de la HTA con una $p=0,014$. Conclusiones: se cumple la hipótesis de que el funcionamiento familiar está asociado al control de la hipertensión arterial.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593963201913	E-mail: yessenia.zurita@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +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):			