



Determinación social de la adherencia al tratamiento en hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay

Ciclo de Metodología Científica II-2018. Grupo 42

Danilo Dancoso¹

Fernando Silva*

Virginia Silva*

Karol Suárez* ,

Lucía Vallverdú*

Jacqueline Ponzo^{2y}

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

Proyecto CESCAS

^{1*} Estudiante, Ciclo Metodología Científica II, Año 2018. Facultad de Medicina, UDELAR

^{2y} Docente Orientadora, Prof. Adj. Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UDELAR

Índice

Resumen	Pág.2
Marco teórico	Pág.3-6
Objetivos (general y específicos)	Pág.6
Consideraciones éticas	Pág. 9
Materiales y métodos	Pág.6-9
Resultados/discusión	Pág.9-19
Conclusiones	Pág.19-20
Referencias bibliográficas	Pág.21
Anexos	

Resumen

El objetivo del presente estudio fue identificar los procesos que están relacionados con la adherencia al tratamiento en mujeres hipertensas, desde una perspectiva de determinación social de la salud.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo cuali-cuantitativo. Como población se tomó a las mujeres hipertensas uruguayas, que integran la cohorte del estudio Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur (CESCAS). Se extrajeron datos de la base de datos CESCAS en etapa basal (periodo 2010-2012). Se realizaron ocho entrevistas (2018) en formato de preguntas semi-abiertas. Para el análisis cuantitativo, se utilizó la media y el desvío estándar para las variables cuantitativas, y razones y proporciones para las variables cualitativas. Se emplearon tablas de distribución de frecuencia, y tablas de doble entrada para los cruces de variables. Para el análisis cualitativo, se aplicó la técnica de análisis del discurso. Por último, se utilizó un proceso denominado triangulación, combinando los resultados cuantitativos y cualitativos.

Se observó una gran falta de adherencia al tratamiento higiénico dietético, solo 1% de participantes poseían dieta saludable. En cuanto al farmacológico, 53% de las pacientes con tratamiento indicado adherían. Este estudio indicó que es de gran importancia el vínculo afectivo en la relación médico-paciente para la adherencia. El estudio también ilustró sobre cómo el apoyo emocional proveniente del sostén social y familiar influye considerablemente en la salud mental y el bienestar emocional, favoreciendo el autocuidado y la adherencia al tratamiento. Además se observó que el tratamiento higiénico-dietético es el que tiene los menores índices de adhesión, siendo el ejercicio físico la pauta más difícil de cumplir. Otra observación importante fue que las mujeres aparecieron como nexo entre el sistema de salud y sus familias. Es necesaria la realización de otros estudios enfocados en el tema para profundizar sobre estos procesos.

Palabras clave: Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Mujeres, Hipertensión, Salud Colectiva, Medicina Comunitaria, Uruguay.

Introducción.

La Hipertensión Arterial (HTA) es el principal factor de riesgo asociado a la enfermedad cardiovascular y muerte prematura a nivel mundial. Se estima que los valores elevados de Presión Arterial (PA) contribuyeron a 9,4 millones de muertes, a nivel global (un 17,8%), en el 2010. De los cuales el 80% ocurrieron en países de ingresos moderados y bajos⁽¹⁾. Los resultados del estudio del Centro de Excelencia en Salud Cardiovascular para América del Sur (CESCAS) en el cono sur de América Latina estiman que la HTA tiene una prevalencia de 42,5% (IC 95% 41- 43,7) (46.6% de hombres y 38.7% de mujeres)⁽¹⁾.

El 48,7 % de los hipertensos que tenía indicación de tratamiento farmacológico cumplía con la toma de la medicación prescrita (36.1% hombres y 62.1% mujeres) y solo el 21,1 % del total lograba controlar sus cifras de PA (13.8% hombres y 28.9% de mujeres). Finalmente, dentro de las personas con HTA que cumplían con la toma de la medicación indicada, el control de las cifras de PA asciende a 43,3% (38.1% hombres y 46.5% mujeres)⁽¹⁾.

Luego de tomar conciencia de la importancia de la HTA como factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares se ve que existen diferencias entre hombres y mujeres, tal como aparece en el estudio CESCAS en el cono sur de América Latina y específicamente los resultados obtenidos en Barros Blancos-Pando-Colonia Nicolich, Canelones, Uruguay. Se observa que ellas logran mejores resultados en relación a la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Se destaca que una mayor proporción conocen su condición de hipertensas, reciben tratamiento farmacológico, controlan su PA y logran mejores las cifras⁽¹⁾.

El objetivo del presente trabajo consiste en caracterizar los procesos de determinación social que se relacionan con la adherencia al tratamiento en mujeres hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay. Se buscará una respuesta desde el paradigma de la epidemiología crítica. Dicha rama de la epidemiología concibe a la salud como un proceso dinámico pasando por condiciones, modos y estilos de vida, que se relacionan en una compleja red, atravesada en todos los sentidos por la reproducción y generación social, así como por la interacción del hombre con la naturaleza⁽²⁾.

La información recabada, permitirá caracterizar a una población de mujeres que presenta un nivel de ingresos de moderados a bajos. Con el fin de entender cómo influyen las características de las personas en su adherencia al tratamiento.

Las conclusiones de la investigación abrirán las puertas para futuros trabajos científicos, que eventualmente aporten para lograr una mejor calidad de vida, asegurar su derecho a una salud de calidad, lograr una mayor equidad y generar insumos para una mejor utilización de los recursos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son de larga duración, acompañan al individuo durante gran parte de su vida y resultan de una compleja interacción entre distintos procesos (biológicos, culturales, sociales, económicos, políticos e históricos). Por su elevada prevalencia, mortalidad e impacto económico, actualmente son uno de los principales problemas de salud en los países de ingresos moderados y bajos. Dentro de las ECNT se encuentran las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecerlas. Ellas constituyen la primera causa de muerte en nuestro país y fueron responsables del 28,1% de las muertes en el año 2015⁽³⁾.

De lo anterior surge el interés por conocer los procesos que intervienen en la adherencia al tratamiento de las mujeres. En primer lugar se hace pertinente hablar sobre adherencia al tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como " El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria"⁽⁴⁾. Esta definición reconoce que la adherencia al tratamiento no solo involucra la toma de medicación sino que también el seguimiento de una dieta, la modificación de hábitos de vida y el seguimiento clínico del paciente. Asimismo, el concepto de adherencia incluye la participación activa, teniendo en cuenta la conformidad en la toma de decisiones. La evaluación de la adherencia al tratamiento es necesaria para observar si los cambios en la salud de los pacientes son atribuibles a dicho tratamiento. Actualmente no se dispone de una manera de medir ese grado de adherencia de forma exacta, debido a que hay circunstancias que son temporales y/o modificables en una persona, que cambian su realidad constantemente e influyen en su adherencia. Acerca de las causas de incumplimiento terapéutico existen aquellas relacionadas con el paciente como son la edad, el entorno socio-cultural, el nivel de instrucción, las creencias sobre determinado fármaco y co-morbilidades como los trastornos cognitivos. Además de otras causas como las relacionadas con el fármaco como el costo, los efectos secundarios (siendo de las causas más comunes de abandono del tratamiento) y la farmacodinamia (frecuentemente el paciente abandona el tratamiento si no observa un resultado beneficioso a corto plazo o si el régimen terapéutico es demasiado complejo). Asimismo hay causas relacionadas con la enfermedad, donde las enfermedades crónicas como

la HTA y la Diabetes son las que presentan mayor índice de incumplimiento respecto a las enfermedades agudas ⁽⁸⁾. Por último se encuentran aquellas relacionadas con el profesional sanitario, donde una relación médico-paciente deficiente o dificultosa constituye un motivo importante para el incumplimiento terapéutico. ^(4,5,6,7)

De lo anterior desprende la necesidad de encontrar un método para contemplar la adherencia al tratamiento y comprenderla de forma diferente a la que se ha empleado hasta el momento, considerándola como el proceso complejo, que no solo involucra lo biomédico, sino que también lo social, demográfico y cultural.

El proyecto de investigación que se presenta, tomará la perspectiva de la Determinación social de la salud para la comprensión del fenómeno de adhesión al tratamiento de HTA en las mujeres de la cohorte CESCAS uruguaya.

La Determinación social de la salud (DSS) es la categoría fundamental de la Epidemiología Crítica para comprender los procesos de salud-enfermedad. La epidemiología crítica surge a mediados del siglo XX devenida de la medicina social y salud colectiva latinoamericana. Esta perspectiva propone que los sujetos no reciben el simple efecto de factores de riesgo, que se encuentran en un medio externo a ellos en sus procesos de salud-enfermedad. Plantea que los individuos forman parte de procesos complejos, donde el estilo de vida interactúa con los modos de vida y las condiciones de vida que se ven atravesados en todas sus dimensiones por un proceso dialéctico de generación y reproducción social. Concretamente el dominio general comprende las condiciones de vida (procesos y relaciones económicas, de poder, sociales y culturales que determinan el marco de vivir de los diferentes grupos sociales y sujetos individuales), el dominio particular los modos de vida (seres humanos organizados en grupos, unidos por intereses de inserción estructural, filiación cultural y de género) y el dominio singular los estilos de vida de cada individuo ^(2,8,9).

Considerando que los tres ámbitos que describe la DSS para el sujeto (condiciones de vida, estilos de vida y modos de vida) al igual que la generación y la reproducción social están atravesados por el género, cualidad inherente a la persona. La determinación social de la salud proveerá el marco para comprender la adherencia al tratamiento de las mujeres hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay ^(2,8,9).

Se considera género a la construcción subjetiva, social, histórica y cultural de lo que implica ser hombre o mujer. En ella se genera una gran diversidad. Desde un análisis antropológico es importante reconocer que todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros y en ese sentido, cada sociedad, cada pueblo, cada grupo y todas las personas, tienen una particular concepción de género, basada en la de su propia cultura⁽¹⁰⁾. Por ejemplo, Botton A. y colaboradores en el artículo *“Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias”* plantean que en Brasil, históricamente, el cuerpo femenino fue visto como inferior al masculino y por lo tanto demandante de mayor autocuidado, atención y salud; así mismo apto para el cuidado tanto de los niños, como de los hombres y las personas dependientes⁽¹¹⁾. Si se piensa en Uruguay, en el 2013 la encuesta sobre usos del tiempo en trabajo remunerado y no remunerado en Montevideo y área metropolitana puso de manifiesto la preponderancia femenina en relación a las actividades domésticas y el cuidado familiar (incluidas dentro del trabajo no remunerado)⁽¹²⁾. Esta información pone de manifiesto (a grandes rasgos) alguna construcción de lo que implica ser mujer y vivir como tal. Hecho que también influye en su modo de encarnar el proceso de salud-enfermedad.

Objetivos.

Objetivo general:

Identificar procesos de determinación social relacionados con la adherencia al tratamiento en mujeres hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio-demográficas y culturales de las mujeres hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay
2. Caracterizar a la población de mujeres hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay según evolución de la HTA, tratamiento y adherencia a éste.
3. Indagar en las prácticas de cuidado y aspectos subjetivos en relación a la enfermedad y el tratamiento de las mujeres hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay.

Metodología

Población: mujeres integrantes de la cohorte CESCAS Uruguay que en el etapa basal (reclutamiento, 2010-2012) hayan sido catalogadas como hipertensas. Se tuvieron en cuenta

mujeres adultas de 35 a 74 años al momento del ingreso. La cohorte se encuentra estructurada en cuatro estratos de diez años cada uno. A partir de la población total del estudio CESCAS Cono Sur (n=7516) se considera la población de Pando-Barros Blancos (Canelones) (n=1584) de la cual el total de mujeres representa el 52% (n=824). De esta población se trabajó con 474 mujeres hipertensas. Se tomó esta población como base para la descripción en base a variables y se descontaron las pérdidas que ha sufrido la cohorte (mortalidad, bajas voluntarias, pérdida de contacto) para ajustar la población al momento actual.

Tipo de estudio: Descriptivo cuali-cuantitativo.

Se decidió realizar este tipo de estudio ya que permite una mejor aproximación al objeto de estudio. Se realizó una combinación de metodologías, donde los datos cuantitativos permiten obtener datos objetivos y medibles, mientras que los datos cualitativos brindan información que vislumbra fenómenos que permiten entender la complejidad de ciertos procesos.

Técnicas de recolección de datos: Se extrajeron datos de la base de datos CESCAS y además se realizaron entrevistas semi-abiertas a mujeres hipertensas de la cohorte.

Mediante las entrevistas no se buscó representatividad ni extraer datos para extrapolar a la población general de mujeres hipertensas, sino que el objetivo de las mismas fue profundizar en los procesos de cuidado y la percepción subjetiva de la enfermedad de las entrevistadas. Con la intención de explorar estos aspectos se entrevistó a mujeres de diferentes estratos de edad y nivel de instrucción. Debido al tiempo y los recursos limitados se realizaron 8 entrevistas.

Se utilizó una guía de entrevista (ver anexo). Se llevó a cabo en domicilio de la/s persona/s que aceptaron. Las mismas se grabaron y transcribieron posteriormente para el análisis de contenido.

El estudio cuenta de un análisis cuantitativo y uno cualitativo.

Para el análisis cuantitativo se utilizó la media y el desvío estándar para las variables cuantitativas, y razones y proporciones para las variables cualitativas. También se emplearon tablas de distribución de frecuencia, y tablas de doble entrada para los cruces de variables con el fin de cumplir con los objetivos. Las variables se encuentran en el anexo.

Los cruces para cumplir el objetivo 1 fueron:

Tabla	1:	Nivel	de	instrucción	según	edad
Tabla	2:	Trabajo	según	nivel	de	instrucción

Tabla 3: Estado civil según edad

Para cumplir el objetivo 2:

Tabla 4 : Adherencia al tratamiento según estilos de vida

Para el análisis cualitativo, se aplicó la técnica análisis del discurso. Se establecieron las siguientes categorías (ver tabla N° 1):

Tabla N°1-Categorías evaluadas en el análisis del discurso y sus definiciones

Nombre de las categorías	Definición
Vínculos	Redes interpersonales estrechas (familia)
Accesibilidad a los servicios de salud	Grado en que todas las personas más allá de sus características técnicas, cognitivas, físicas, demográficas, económicas, etc. pueden acceder a atención a su salud.
Redes sociales	Vínculos más allá de la familia (amigos, referentes para la persona (medicos, persona vinculada a la religión), vecinos, grupos (para practicar deporte y/o entretenimiento), etc)
Prácticas de cuidado	Cuidados de salud, domésticos (cocinar, limpieza domesticas, etc.), de necesidades básicas (higiene, alimentación, movilidad, etc) brindados a otras personas (esposo, niños, personas discapacitadas, adultos mayores)
Autocuidado	Actividades relacionadas a controles en salud (visita anual a médico general, carné de salud, realización de PAP, mamografía). Deporte, aseo, actividades recreativas y/o de entretenimiento. Búsqueda de información en relación a su bienestar bio-psico-social (redes sociales, libros, consulta a terceros)
Participación	Involucramiento con actividades comunitarias (consejo vecinal, comisión fomento, grupo político)
Atención a la Salud	Ideas, percepciones o experiencias relacionadas con la relación médico paciente y los modelos de atención.
Género	Elementos dentro del discurso en relación a la vivencia y

	construcción social de lo femenino y masculino
--	--

El análisis del discurso es una metodología de análisis cualitativo que toma como dato el discurso de las personas y lo procesa en una serie de pasos que se describen a continuación:

- *Codificación:* El procedimiento consistió en identificar fragmentos del discurso y atribuirles a las categorías, asignándole un código a cada una de ellas.
- *Sistematización:* Se agruparon fragmentos de los discursos correspondientes a un mismo código. Esto permitió una lectura integrada de los discursos en relación a las categorías.
- *Análisis:* A partir de la lectura del texto sistematizado, se identificaron patrones y características comunes, que permitieron una aproximación a la interpretación del problema.
- *Síntesis:* Interpretación de los resultados analizados donde se buscaron posibles explicaciones a la forma de presentación del problema analizado. La interpretación realizada, es solo una de las muchas posibles. No se pretende con esto agotar el tema.

Por último, se utilizó un proceso denominado triangulación, se combinaron los resultados cuantitativos y los cualitativos. Se buscó discriminar el análisis cualitativo según las variables que se encontraron relevantes en el análisis cuantitativo.

Consideraciones éticas: El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina. Las entrevistas se encuentran contempladas dentro del consentimiento informado que se implementó en el proyecto CESCAS, el cual fue aceptado por los participantes del estudio en el año 2016.

Resultados/Discusión

Cuantitativo

Se trabajó con una muestra de 474 mujeres hipertensas correspondientes a la cohorte CESCAS Uruguay.

El rango de edad fue de 35 a 74 años con una media de 61 años y un desvío estándar de 11,24. La distribución de hipertensas no es igual en los distintos estratos, el 75,53% se encuentran en los estratos 3 y 4 (55-64 años y 11 meses ; 65-74 años y 11 meses respectivamente).

En relación al nivel de instrucción el 57 % de las mujeres hipertensas realizaron educación primaria, mientras que el 9% tienen un nivel de instrucción terciario. La mayor cantidad de mujeres con nivel terciario se encuentra en el primer estrato de edad. (Ver tabla N° 2)

Tabla 2-Distribución de la población de hipertensas según nivel de instrucción por estrato de edad.

Nivel de instrucción	Hasta primaria (completa e incompleta)	Secundaria (completa e incompleta)	Nivel terciario (completo e incompleto)	Sin dato	Total
Estratos de edad	F abs (F rel %)	F abs (F rel %)	F abs (F rel %)	F abs (F rel %)	F abs (F rel %)
E1	10 (32,2)	16 (51,6)	4 (12,9)	1 (3,2)	31 (100)
E2	35 (41,2)	46 (54,1)	4 (4,7)	0 (0)	85 (100)
E3	94 (54,0)	60 (34,5)	20 (11,5)	0 (0)	174 (100)
E4	131 (71,2)	36 (19,6)	17 (9,2)	0 (0)	184 (100)
Total	270 (57,0)	158 (33,3)	45 (9,49)	1 (0,21)	474 (100)

La variable ocupación mostró una relativa uniformidad. La proporción de jubiladas fue de 34%, seguidas por desempleadas y amas de casa (31%) y finalmente de empleadas (30%). El porcentaje restante (5%) corresponde a las participantes de las cuales no se cuenta con datos sobre la ocupación.

Acerca del estado civil, de las 474 mujeres el 59,1% tienen pareja. El 23,42% de las participantes con pareja se encuentran en el estrato de edad 3 y la mayor cantidad de participantes sin pareja se encuentran en el estrato de edad 4.

El 79,03% de las mujeres no tiene prácticas religiosas.

En lo que respecta al estilo de vida, el 57% presentaba un moderado nivel de actividad física. Mientras que el 99% tenía una dieta no saludable.

En cuanto al tratamiento farmacológico un 71% lo tiene indicado.

En cuanto al tratamiento, de las que tienen tratamiento farmacológico indicado y adhieren al mismo solo 1.20 % tienen dieta saludable. De las no adherentes al tratamiento farmacológico, un 98.8 % *no* tienen dieta saludable. Las que adhieren al tratamiento farmacológico no presentaron diferencias en cuanto a la dieta (98.8%). De las que no tienen indicación al tratamiento farmacológico, ninguna tiene dieta saludable.

De las que no adhieren al tratamiento farmacológico, 59,1 % realizan actividad física suficiente. Mientras que las que adhieren, 54% realiza actividad física suficiente.

Tabla 4- Distribución de la población según el cambio de estilo de vida por la adherencia al tratamiento farmacológico indicado o no

		Total (F Rel %)	Tabaquismo (F Rel%)	Alcoholismo (F Rel%)	Dieta no saludable (F Rel%)	Bajo ejercicio (F Rel%)
Con tratamiento farmacológico indicado	Adherentes	251(53)	58 (23.1)	6 (1.26)	248(98.8)	116 (46.2)
	No adherentes	83 (17.5)	24 (29)	1(1.2)	82(98.8)	34(41)
Sin tratamiento farmacológico indicado		136 (28.7)	44(32.3)	2 (1.5)	136(100)	52(38.2)
Sin dato		4 (0.8)				
Total de hipertensas		474	126(26.6)	9(1.9)	466(98.3)	202(42.6)

En anexo se pueden consultar las definiciones de las variables empleadas en el estudio. En el tiempo disponible para la ejecución de este estudio no se logró acceder adecuadamente a los datos de las siguientes variables: número de hijos, médico de referencia, núcleo familiar, tiempo de evolución de la hipertensión arterial, y eventos cardiovasculares.

Por lo cual se trabajó con las siguientes variables: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, prácticas religiosas, tabaquismo, alcoholismo, dieta saludable, actividad física, indicación de tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento farmacológico.

En cuanto a la caracterización sociodemográfica y cultural se encontró que el mayor número de participantes se encuentran por encima de los 55 años. Este resultado era esperable ya que la hipertensión generalmente se manifiesta y diagnóstica en la adultez ⁽¹⁵⁾. Otra característica de la población es que la mayoría de las participantes tienen pareja (59,1%).

La mayoría de las mujeres que tienen nivel terciario se encuentran en el primer estrato de edad, lo que podría reflejar que las generaciones más jóvenes han tenido mayor acceso a la educación terciaria. Sin embargo, dentro de ese mismo estrato (entre 35 a 44 años y 11 meses) aquellas con educación terciaria siguen siendo la minoría. El 81,1% de dicho estrato alcanzó nivel primario o secundario(completo o no). Esto puede manifestar que el acceder a un nivel terciario de educación sigue siendo un reto.

Siguiendo el criterio del estudio CESCAS 2015, se toma nivel de instrucción como un proxy del nivel socioeconómico por comportarse de manera similar. Podemos observar que la mayor parte de las participantes presentan un nivel socioeconómico bajo / moderado. Esto coincide con la bibliografía consultada y los hechos dados a nivel mundial y regional, que manifiestan que las enfermedades crónicas no transmisibles presentan un aumento de su incidencia en los países de ingresos bajos y moderados.

En relación a la hipertensión, las variables Evolución de la enfermedad y Eventos no fueron incluidas por falta de tiempo para procesarlas adecuadamente, como se esperaba en un inicio. Por lo que el objetivo específico 2 no se podrá abarcar en su totalidad. Sin embargo contamos con el dato de indicación al tratamiento farmacológico y su adherencia. De los mismos se desprende que la mayoría tenía indicación (71,0%), y solo la mitad adhería (53,0%). Debido a que no existen datos sobre la adherencia e indicación de tratamiento higiénico dietético se utilizaron las variables ejercicio físico, dieta saludable, tabaquismo, y alcoholismo para caracterizar el estilo de vida y aproximarse a los datos faltantes. Cuando se analizó la adherencia al tratamiento de las mujeres hipertensas y su distribución según estilos de vida, se encontró que entre adherencia a tratamiento farmacológico y estilos de vida (ver tabla N° 4) casi la totalidad (98,8%) de las participantes no tienen una dieta saludable. Esto podría ilustrar una dificultad para cambiar los hábitos alimentarios en presencia de la enfermedad. Los datos disponibles no permiten identificar si el tratamiento dietético fue indicado. El estudio CESCAS exploró los estilos de vida, pero no la indicación médica en

relación a éstos. En ausencia de estos datos, se optó por explorar el seguimiento de pautas saludables de alimentación, ejercicio y consumo de alcohol, sin poder asociarlos con la adherencia terapéutica.

Si bien el ejercicio físico es parte del tratamiento higiénico de la hipertensión arterial, la variable indagada en el estudio CESCAS fue actividad física, obteniéndose como resultado nivel moderado-alto de la misma en las participantes.

Cualitativo

En vistas al análisis cualitativo fueron seleccionadas ocho mujeres de la cohorte CESCAS, con distintas edades, adherencia al tratamiento anti-HTA, situación laboral y nivel de instrucción. Esto se realizó con el fin de que la información recabada de las entrevistas fuera lo más diversa posible, nutriéndose de distintas visiones. Mediante un análisis en conjunto, permitieron una aproximación a la comprensión de procesos complejos.

Utilizando los siguientes criterios, se realizó la selección de las participantes del estudio y se las agrupó según cuatro principales atributos:

1. Edad: subdividida en cuatro estratos (35 a 44 años, 45 a 54 años, 55 a 64 años y 65 a 74 años). Se seleccionaron dos participantes de cada estrato de edad, conformando un total de 8 mujeres.
2. Adherencia al tratamiento farmacológico anti-hipertensivo (adhiera o no adhiera)
3. Nivel de instrucción (primaria, secundaria, terciario).
4. Situación laboral (ocupada, desocupada, jubilada)

Siguiendo los criterios anteriores y utilizando la base de datos CESCAS, se creó una lista con los teléfonos de ocho mujeres, se indagó sobre su deseo de participar en las entrevistas. En los casos afirmativos se coordinó fecha y hora a convenir y se solicitaron indicaciones oportunas para llegar a sus domicilios. Del anterior procedimiento, las participantes seleccionadas aceptaron ser entrevistadas y resultó que se incluyeron dos mujeres de cada estrato de edad, de las cuales cinco eran adherentes al tratamiento farmacológico y tres no al momento de ingreso al estudio según la base de datos. Dos de ellas tenían nivel de instrucción terciario, tres secundario y tres primario. En cuanto a la ocupación, cuatro eran desocupadas, tres jubiladas, y una ocupada (licenciada en Neumocardiología).

Cabe destacar que esta selección no fue al azar y se diseñó la selección buscando garantizar la diversidad de las entrevistadas en aspectos relacionados con el modo de vida. En la siguiente tabla se describen las características de las mujeres hipertensas en la etapa de reclutamiento del proyecto CESCAS a partir de la base de datos:

Tabla N°3-características de las mujeres del análisis cualitativo

	f. absoluta
Edad	
Primer estrato	2
Segundo estrato	2
Tercer estrato	2
Cuarto estrato	2
Educación	
Primaria	3
Secundaria	3
Terciaria	2
Ocupación	
Ocupadas	1
Desocupadas	4
Jubiladas	3
Estado civil	
En pareja	5

Sin pareja	3
Estilo de vida	
Consumo de tabaco	2
Bajo nivel de actividad física	2
Consumo excesivo de alcohol	1
Dieta saludable	0
Enfermedad hipertensiva	
Tratamiento farmacológico indicado	8
Adhieren al tratamiento farmacológico	5
No adhieren al tratamiento farmacológico	3

Del análisis de discurso recogido mediante las entrevistas, se organiza en los siguientes bloques conceptuales:

Atención en salud/relación médico paciente:

Surge de las entrevistas que la relación médico-paciente juega un rol muy importante en lo que respecta a la adherencia al tratamiento, y cada relación es única. Los médicos son percibidos como “buenos” o “malos”, basándose en distintas características, que muchas veces no tienen que ver con los aspectos técnicos/clínicos (“es mi amigo/a”, “va a congresos”, “me cuenta sus cosas”).

De acuerdo con las entrevistas el mayor énfasis se encuentra en el tratamiento farmacológico, tanto por parte de los pacientes como de los médicos y en varios casos se le dio importancia al comer sin sal.

En el presente trabajo resulta de los discursos analizados, que las participantes adhieren en primer lugar al tratamiento farmacológico, luego a la dieta y por último al ejercicio físico. Esto

puede estar relacionado a dos aspectos: En primer lugar la facilidad del paciente para consumir y acceder a un fármaco, en contraposición con el esfuerzo que requiere un cambio de estilo de vida y por otro lado el énfasis que el médico otorga a cada parte del tratamiento. Estos aspectos concuerdan en gran medida con lo planteado sobre la adherencia al tratamiento por la OMS ⁽⁴⁾.

Así mismo, se destaca la gran variabilidad en la forma de interpretar las recomendaciones médicas, las cuales no siempre son sustentadas por evidencia científica. Del análisis del discurso se desprende que la palabra de los profesionales de la salud tiene gran repercusión en la conducta de los pacientes, por lo cual los médicos deberían ser más conscientes del peso de la misma.

De la calidad de la recomendación depende la conciencia que se tenga de la enfermedad. En algunos casos, cuando existe ausencia de información o esta no es del todo abarcativa existe un espacio que la persona completa con sus fantasías sobre la enfermedad. Por ejemplo:

“Pero yo pila de veces paso igual 2 días con una sola dosis, la de la mañana pero la de la noche no. Pero ¿qué pasa? Que si también hago el tratamiento para la diabetes ¡el cuerpo no me resiste!”.

Apoyo

emocional.

En el discurso de las entrevistadas se observa que las redes sociales son percibidas como contribuyentes a su bienestar emocional. Las que se sentían parte de algún grupo (grupo de amigos, grupo de abuelos, comisión fomento, grupo religioso, etc), afirmaban sentirse más apoyadas y menos solas. Considerando que la salud de las personas involucra procesos tanto sociales como biológicos y psicológicos⁽²⁾, el bienestar emocional generado al pertenecer a un grupo de pares puede mejorar la calidad de vida de las personas. Todas las entrevistadas expresaron que la familia con la que vivía (más allá de que la relación fuera buena o mala) sabía de su hipertensión y que la tenían en cuenta para la vida diaria. A pesar de esto se encontró en el análisis de discurso que las pacientes no logran una adherencia al tratamiento higiénico-dietético. De esto se desprende que, el conocimiento de la familia de la hipertensión de la participante no parece influir en el cumplimiento del tratamiento.

Mujeres y cuidado/autocuidado.

Durante el análisis de las entrevistas se encontró que las tareas de cuidado estaban muy ligadas a la mujer y que los integrantes de la familia generalmente se dejaban cuidar por ellas. Algunas destacaban el esfuerzo de los otros (“ellos estudian”, “ellos trabajan”, “ellos son chicos”) y

justificaban a partir de ello brindarles cuidados. Estos implican satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, limpieza del hogar, etc.), relacionadas generalmente con tareas domésticas y la vigilancia de los integrantes de la familia en relación a sus procesos salud-enfermedad. En vistas a complementar los datos recabados, se denota una coincidencia con la bibliografía consultada, donde se plantea que cultural e históricamente el cuerpo femenino se ha visto apto para el cuidado tanto de los niños, como de los hombres y las personas dependientes ⁽¹¹⁾.

En análisis de los discursos presentados se puso de manifiesto la preponderancia femenina en relación a las actividades domésticas y el cuidado familiar, en concordancia con la bibliografía ⁽¹²⁾.

Además se puede interpretar que muchas veces son ellas las que resultan un nexo entre el sistema de salud y su familia. Por ejemplo se encargan de llevar a controles de salud a sus hijos y esposos, hacen que ellos cumplan tratamientos y sugieren una consulta oportuna a los médicos (controles ginecológicos en sus hijas adolescentes).

Resulta interesante que en una de las entrevistas, las tareas de cuidado no fueron percibidas como un trabajo. Aunque no se indagó qué idea tenía la entrevistada sobre lo que implica el trabajo (aspecto que hubiera resultado interesante indagar). Así mismo, se puede destacar que los entrevistadores presentes al formular las preguntas, manifestaron una interpretación similar de este tipo de tareas.

También, se puede observar en los discursos analizados, que se sienten preparadas para llevar a cabo tareas de cuidado, son conscientes de que el otro puede cuidarse y cuidar, pero ven que no lo hacen y deciden hacerlo por ellos o en el caso de recibir ayuda lo ven como un hecho anecdótico. Esto se podría relacionar con su mayor tiempo libre (por ejemplo, seis de las ocho están desocupadas) y con que los cuidados de sí mismas son escasos o no jerarquizados y en algunos casos se muestran bien para no preocupar. Estos aspectos se pueden relacionar con la construcción subjetiva, social, histórica y cultural de lo que implica ser hombre o mujer ⁽¹⁰⁾ aplicada a la vida de las mujeres analizadas. Siguiendo en esta línea, se destaca la idea de autocuidado vinculado al género. En el caso de una de las entrevistadas surge la idea de que sus controles en salud comenzaron vinculándose a la salud reproductiva y a medida que avanzó su edad se relacionaron con enfermedades crónicas como lo es la HTA ⁽¹⁵⁾. Sería interesante analizar cómo evolucionan los motivos de consulta a medida que los seres humanos crecen, principalmente vinculados al género y sus distintas expresiones. Aspectos que no fueron abordados en esta investigación.

Si bien el presente estudio no se centró en los hombres, se indaga sobre las diferencias que perciben las mujeres en relación a los procesos salud-enfermedad de estos. Se observó que

algunas menosprecian su capacidad de cuidado y los instalan como dependientes de ellas. Esto se puede manifestar en el siguiente párrafo:

“Por ejemplo... digo el cuerpo de ellos es diferente pero presión tienen, diabetes tienen, colesterol tienen. Así como yo voy a la cardióloga él puede ir conmigo. Andá a decirle que vaya...”

Según lo que se puede interpretar sufren las mismas patologías, pero se les hace más difícil cuidarse. Los motivos pueden ser diversos y algunos surgen del análisis de las entrevistas. Por ejemplo para algunas mujeres la fortaleza se expresa de distinta manera en entre ambos sexos: en la mujer como capacidad de cuidado y en el hombre como postura de fortaleza (“no siento dolor”, “no necesito cuidado”).

En las entrevistas la hipertensión arterial no es percibida como una enfermedad y la adherencia al tratamiento es motivada por la aparición de síntomas o complicaciones. En contraposición, se encuentra que las mujeres consideran ciertas enfermedades que dan síntomas más evidentes (lupus, diabetes) como más preocupantes, lo cual genera una mejor adherencia a sus tratamientos. Sin embargo durante las entrevistas no se indagó directamente por qué decidían adherir o no a un tratamiento.

Algunas referían intentar evitar situaciones estresantes que correlacionan con el aumento de la presión arterial. Ellas otorgaban gran importancia a los sucesos vitales estresantes como potenciadores de la enfermedad.

En vistas a complementar el análisis cuantitativo y cualitativo observamos que las mujeres en general, tienen un buen cumplimiento en cuanto al tratamiento farmacológico, lo cual parecería concordar con lo encontrado en el proyecto CESCAS. Sin embargo, existe un 17,5% de las participantes (durante la etapa de reclutamiento del proyecto) que no cumplían con el tratamiento farmacológico indicado. A su vez se encontró en el análisis cualitativo dos casos en los que no se veía ningún tipo de adherencia. Si bien los hallazgos parecen ser alentadores, en aspectos generales, no se puede menospreciar que ciertas mujeres no adhieren a ningún tipo de tratamiento.

En cuanto al tratamiento higiénico-dietético, este posee muy mala adherencia ya que muchas veces conlleva cambios en el estilo de vida, lo que requiere un gran esfuerzo por parte de la persona.

Finalmente, en la adherencia pueden influir muchos procesos, tales como: la relación médico-paciente (recomendación, interpretación, vínculo), el apoyo emocional (familia, grupo de pares), el cuidado de los otros, el subestimar la enfermedad, etc.

Conclusiones

Los estudios cualitativos tienen como fin comprender los “por qué” y “cómo” de los fenómenos, por lo cual las siguientes conclusiones no se presentan con la intención de generalizar. Los datos obtenidos y las conclusiones no son extrapolables a la población general, ya que este estudio se centró en caracterizar, identificar y aproximarse a una comprensión de los procesos que interactúan con la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. En este estudio a priori se decidió excluir a los hombres. Posteriormente se identificó que fue una limitación, ya que el incluirlos podría haber permitido acercarse más a la comprensión de los procesos que influyen en la adherencia.

El estudio ilustró que es de gran importancia la relación médico-paciente y su vínculo afectivo. Esto se destaca en cuanto a la adherencia al tratamiento, dado que el mensaje del médico es crucial ya que se refleja en la conducta del paciente. Es importante que los profesionales de la salud tomen en cuenta el peso de su palabra.

Se encontró que el apoyo emocional proveniente del sostén social y familiar influye favorablemente en la salud mental y el bienestar emocional. Esto está directamente ligado al autocuidado y la adherencia al tratamiento. Sería interesante en estudios posteriores indagar sobre la relación existente entre una buena construcción de la salud mental y el autocuidado (incluyendo la adherencia al tratamiento).

Se puede concluir que el tratamiento higiénico-dietético es el que tiene los menores índices de adhesión, dentro de este es el ejercicio físico la pauta más difícil de cumplir. A su vez llevar a cabo una dieta saludable fue percibido como uno de los primeros cambios en el estilo de vida a realizar, centrándose en la disminución del consumo de sal, no siendo esto una tarea siempre fácil. Se identificó la dificultad en el mantenimiento de la adherencia al tratamiento higiénico-dietético dado que implica un cambio en el estilo de vida y en la alimentación de todo el núcleo familiar.

En el estudio se identificó una relación entre las prácticas de cuidado hacia otros y el género femenino en el análisis de discurso. Durante la sistematización las categorías se superpusieron en varias oportunidades. Otra observación importante es que las mujeres aparecen como nexo entre el sistema de salud y sus familias, ya que muchas veces eran ellas quienes se encontraban pendientes de que los integrantes de la familia se realicen controles en salud.

Es imperativa la realización de nuevos estudios que abarquen estos temas para continuar el proceso de comprensión de estos fenómenos.

Referencias bibliográficas

1. Rubinstein A, Irazola V.E, Calandrelli M, Chen C-S, Gutierrez L, Lanás F, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Southern Cone of Latin America. *American Journal of Hypertension*. 2016; 29(12) : 1343-1352.
2. Breilh J La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S13-S27.
3. Organización Mundial de la Salud. Internacional. {Actualizado 21 de junio 2017; Consultado 11 de mayo de 2018}. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna* 2007; 24(3):138-41.
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004
5. Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
6. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence: Its Importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009; 119: (1)3028-3035
7. Dilla, Valladares, Lizán, Sacristán. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Madrid, España. *Aten Primaria* 2009; 41:342-348
8. SantaFe Produce, La determinación social de la salud. La complejidad de los procesos sociales. Dr. Jaime Breilh [archivo de video] 20 octubre 2014. Duración 4 min 11 seg. Disponible en <https://youtu.be/Ogi3mmc031Qc>
9. Observatorio Regional Salud y Ambiente, Epidemiología Crítica y Gestión. Importancia de una nueva visión de la salud [archivo de video] 09 enero 2014. Duración 4 min 38 seg. Disponible en: <https://youtu.be/kYs8QggAhgs>
10. Lagarde M. El género. En: Horas y horas, editor. *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Madrid: hora y horas 1996; p. 13-38.
11. Botton A, Cúnico S, Strey M. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Rev. Mudanças - Psicol. da Saúde*, 2017; 25 (1):1-5.
12. Instituto nacional de estadística. Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Uruguay 2013 [documento en pdf] disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Uso+del+tiempo+y+el+trabajo+no+re+munerado/579b3fdb-c0e8-4745-ab1d-a9aef24ab5a5>

13. Batthyány K. Cuidados familiares y uso del tiempo En: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género Facultad de Psicología (UDELAR) Universidad de la República, compilador. Salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. 2ª ed: Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género; 2006. p. 83-102.
14. Lamas M. Mujeres guerrerenses: feminismo y política. Rev Mex Cienc Polit Soc. 2016. 67 (226): p .409-424.3. Lamas Marta. Mujeres guerrerenses: feminismo y política. Rev Mex Cienc Polit Soc. 2016. 67 (226): p .409-424
15. De la Sierra Isierte A. Hipertensión Arterial. En: Farreras, Rozman. Medicina Interna. Madrid, Elsevier: 2016. p 524

Anexos

Determinación social de la adherencia al tratamiento en hipertensas de la cohorte CESCAS Uruguay.

Guía de entrevistas 2018.

Instructivo para entrevistadores

Comunicación telefónica: Además de coordinar la entrevista, no puede faltar:

Presentarse correctamente (nombre, estudiantes de sexto de medicina), mencionar que se realizará un trabajo para la facultad de medicina, desde el centro de salud Salvador Allende y que estará centrado en mujeres hipertensas que forman parte del proyecto sobre salud cardiovascular CESCAS. No es necesario entrar en detalles sobre el trabajo por teléfono. Además debe quedar claro que: cuando se lleven a cabo las entrevistas, no existirá ningún tipo de medición ni extracción de sangre, solo se charlará.

Día de la entrevista: Presentarse cordialmente. No puede faltar explicar en profundidad en qué va a consistir el encuentro y para qué se realizan estas entrevistas (conocer más sobre la hipertensión arterial y de qué manera conviven con la enfermedad las mujeres uruguayas). Las entrevistas serán llevadas a cabo en dos grupos, de 2 y 3 estudiantes.

Datos de la entrevista

Fecha de la entrevista:

Lugar de la entrevista:

Entrevistadores:

Edad:

Nivel de instrucción:

Guía de entrevista

Acerca de su enfermedad:

1-¿Tiene presión alta?

2-¿Qué sabe respecto a la hipertensión arterial?

3-¿Cómo vive ser hipertensa?

4-¿Le indicaron un tratamiento?

- 5- ¿Cómo ha sido su experiencia con el tratamiento de la hipertensión?
- 6-¿Cuándo le dijeron que era hipertensa?
- 7-¿Siente que su vida cambió después de saberlo?
- Me gustaría consultarle sobre algunas cosas que muchas veces se indican a las personas que tienen presión alta:
- 8-¿Le han recomendado alguna dieta especial, comer o dejar de comer algún tipo de alimentos o condimentos?.
- 9- ¿Le han recomendado realizar ejercicio?
- 10- ¿Le han recomendado no consumir alcohol?

Preguntas complementarias:

¿Toma la medicación normalmente? ¿Hay días que olvida hacerlo o lo pospone?

¿Por qué?

¿Le preocupa su salud? ¿Por qué?

Ahora le vamos a hacer unas preguntas acerca del sistema de salud, nos gustaría que contara sobre su experiencia de atención y relacionamiento con el sistema de salud:

- 11-¿Tiene cobertura de salud?
- 12-¿En que servicio de salud se atiende?
- 13-¿Siempre se atendió en el mismo lugar desde el 2010-2012?
- 14-¿Tiene un médico que la vea por su presión? Si tiene: nombre y especialidad?
- 15-¿Alguna experiencia (buena o mala) que quiera compartir?
- 16-¿Tiene controles periódicos en salud?
- 17-¿Cómo es el trato que recibe en el lugar donde se atiende?
- 18-¿Le es difícil o fácil acceder al sistema de salud? Explíquenos por qué.

Nos interesa indagar sobre algunos aspectos sociales:

- 19-¿Cómo se conforma su familia?
- 20-¿Con quien vive?
- 21-¿Siente que tiene apoyo familiar?
- 22-¿Su familia sabe que tiene hipertensión?
- 23-¿Tienen en cuenta su hipertensión para la vida diaria?

24-¿Participa activamente en algún centro de su barrio? Ej.: comisión fomento, grupos de adultos mayores, etc.

Preguntas complementarias:

¿Quiénes realizan las tareas del hogar?

Nos interesa conocer algunos aspectos culturales:

25-¿Cómo conoce algún hombre hipertenso?

26-¿Piensa que la experiencia de vivir la hipertensión cambia siendo mujer u hombre?

27-En relación al tratamiento de la hipertensión, ¿le parece que hay diferencias entre los hombres y las mujeres?

Preguntas complementarias:

¿Cómo es un día habitual de la semana?

¿Tiene tiempo libre en algún momento de la semana o del día? ¿Qué hace en su tiempo libre?

Notas sobre el ambiente en el cual se desarrolló la entrevista:

.....

Otras notas de los entrevistadores:

Tabla 1 -Variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Categorías	Medidas de resumen y dispersión
Variables socio-demográficas y culturales						
Edad	Edad al momento de reclutamiento del estudio CESCAS.	Según Base de datos de CESCAS	Cuantitativa	Continua	E1 (35-44 y 11m) E2 (45-54 y 11m) E3 (55-64 y 11m) E4 (65-74 y 11m)	Rango, media, desvío estándar.

					11m)	
Trabajo	Actividad intelectual, manual, o de cualquier tipo, desempeñando actualmente o en el pasado por el que la persona recibe una remuneración económica.	Según Base de datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	- Desocupada / Ama de casa - Jubilada/pensionista - Empleada	Proporciones: -Desocupadas-ama de casa/ Total - Jubiladas-pensionistas/total -Empleadas /total
Nivel de Instrucción	Nivel máximo de enseñanza completado .	Según Base de datos CESCAS	Cualitativa	Ordinal	-Hasta Primaria -Secundario completo e incompleto -Terciario	Proporciones: -hasta primaria/total -Secundario completo e incompleto/total -Terciario /total
Número de Hijos	Número de hijos al momento de reclutamiento	Según Base de datos CESCAS	Cuantitativa	Discreta	-Tiene hijos -No tiene hijos	Proporciones, razón. -Tiene hijos/Total

	to					-No tiene hijos/total -Tiene hijos/No tiene hijos
Estado Civil	Se considerará si la persona tiene o no pareja. (convivan o no)	Según Base de Datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	-En pareja/casadas -Sin pareja	Proporciones -En pareja-casadas/ total -Sin pareja/total
Domicilio	Zona geográfica donde vive la persona en la etapa de reclutamiento	Según base de Datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	*Según localidad: -Pando -Barrios Blancos -Nicolich *Según segmento Censal	Proporciones: -Pando /total -Barros Blancos/total -Nicolich /total
Médico de referencia	Medico que hace el seguimiento en salud del participante, a quien la participante acude cuando	Registro de visita clínica de los participantes del estudio	Cualitativa	Nominal	-Tiene -No tiene -Sin dato	Proporciones, razón -Tiene médico de referencia/total -No tiene médico de referencia/total

	tiene algún problema de salud o para control.					-Sin dato sobre médico de referencia/ total
Prácticas religiosas o espirituales	Conjunto de creencias y prácticas acerca de la espiritualidad, ya sea hacia una divinidad o no.	Base de datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	-Practica -No practica -Sin dato	Proporciones, razón -Practica/total -No practica/total -Sin dato/total -Practica/No practica
Núcleo familiar	Grupo de individuos que comparten el hogar	Según Base de Datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	- Unipersonal -Nuclear -Nuclear extendida -Nuclear ampliada - Monoparental - Reconstituida	Proporciones: -familia Unipersonal/total -familia nuclear/total -familia nuclear extendida/ total -familia nuclear ampliada/ total -familia monoparental

						/total -familia Reconstituída / total
Relacionadas con el tratamiento						
Tratamiento farmacológico de la HTA	Indicaciones médicas en relación a fármacos	Según Base de Datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	-Tiene indicado tratamiento farmacológico antihipertensivo -No tiene indicado tratamiento farmacológico indicado -Sin dato	Proporciones: -Indicación de tratamiento farmacológico hipertensivo/total -No tiene indicado tratamiento farmacológico /total -Sin dato de indicación del tratamiento farmacológico/total
Tratamiento higiénico-dietético de la HTA	Actividad física, dieta o ambas indicada por médico en vistas al tratamiento de su hipertensión	Según base de datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	-Tiene tratamiento higiénico-dietético indicado -No tiene indicado tratamiento higiénico-dietético	Proporciones -Indicación de tratamiento higiénico-dietético/total -No tiene indicación de tratamiento higiénico

	n arterial.				-Sin dato	dietético/total -Sin dato de indicación tratamiento higiénico-dietético/total
Adherencia al tratamiento	El conjunto de prácticas de una persona en relación a la adhesión al tratamiento , por ejemplo: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida.	Según Base de Datos CESCAS	Cualitativa	Nominal	-Cumple con todo lo indicado por el médico -Cumple únicamente con el aspecto farmacológico, teniendo indicado tratamiento farmacológico e higiénico dietético -Cumple únicamente con lo higiénico dietético, teniendo indicado tratamiento farmacológico e higiénico dietético	Proporciones -cumple con todo lo indicado por el médico/total -cumple únicamente con el aspecto farmacológico, teniendo indicado tratamiento farmacológico e higiénico y dietético/total -Nulo/total

					-Nulo: no cumple con ningún aspecto de lo indicado ya sea solo farmacológico, solo higiénico dietético o ambos.	
Relacionadas con la enfermedad						
Tiempo de evolución de la HTA	Tiempo en meses desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el ingreso al estudio CESCAS.	Según Base de Datos CESCAS	Cuantitativa	Continua	-0-24 meses -25-120 meses -más de 120 meses	Media, desvío estándar
Eventos cardiovasculares	Eventos de enfermedad es de la esfera cardiovascular de distinto tipo que pone en evidencia el daño a	Se tomarán los eventos considerados en el estudio CESCAS: Infarto agudo de miocardio, angor, accidente	Cualitativa	Nominal	-IAM -Angor -Revascularización -Claudicación intermitente de MMII -Muerte de	Proporciones:- IAM/total -Angor/total -revascularización/total -claudicación intermitente de MMII/total

	órgano blanco a causa de la hipertensión arterial.	cerebrovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca, claudicación intermitente de miembros inferiores, revascularización miocárdica, muerte de causa cardiovascular.			causa CV - Hospitalización por insuficiencia cardíaca -Más de uno -Ninguno	-muerte de causa CV/total Hospitalización por IC/total -Más de un evento/total -ningún evento/total
--	---	---	--	--	--	---