

APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA APS DE RÍO NEGRO, CHILE. UN PROBLEMA EMERGENTE DE SALUD PÚBLICA

FAMILY SUPPORT FOR PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR DISEASES
IN THE PHC OF RÍO NEGRO, CHILE. AN EMERGING PUBLIC HEALTH
PROBLEM

RESUMEN

Introducción: En el artículo se describe el apoyo familiar de pacientes bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular en establecimientos de atención primaria de salud de la comuna de Río Negro.

Materiales y Métodos: Estudio de corte cualitativo, exploratorio-descriptivo. Mixto en cuanto a las técnicas de recolección de información. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia y un análisis basado en el Teoría Fundamentada.

Resultados: En la población en estudio, los pacientes en tratamiento por enfermedades cardiovasculares son personas de baja escolaridad, que pertenecen a hogares de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad social y que no necesariamente cuentan con apoyo familiar, pero logran adecuados niveles de compensación cardiovascular. La categoría central que emerge del estudio refiere que este tipo de patologías de larga duración traen consigo alteraciones en la evolución del ciclo vital, la estructura y funcionalidad familiar, generando repercusiones en la salud física y psicosocial del o la cuidadora principal.

Discusión: Se concluye que el apoyo familiar está relacionado con las creencias, el conocimiento y la respuesta emocional de los familiares frente a las condiciones crónicas cardiovasculares. Por consiguiente, tanto las características sociodemográficas como la funcionalidad familiar son ámbitos relevantes que deben ser incorporados en la atención, el cuidado colaborativo y automanejo de síntomas, tratamiento y cambios en el estilo de vida de los pacientes en control por enfermedades cardiovasculares.

Palabras claves: Apoyo Familiar – Enfermedades Cardiovascular – Atención Primaria de Salud (APS) – Salud Pública

ABSTRACT

Introduction: This study describes family support for patients enrolled in the Cardiovascular Health Program at primary healthcare facilities in Río Negro district.

Materials and methods: Qualitative, exploratory-descriptive study. It is mixed in terms of data collection techniques with a non-probabilistic sampling by convenience and analysis based on Grounded Theory.

Results: Patients who are being treated for cardiovascular diseases are often people with low levels of education, who belong to households with lower incomes and are more socially vulnerable. They don't necessarily have family support, but manage to achieve adequate levels of cardiovascular compensation. The study shows that this type of long-term illness affects the progression of the life cycle, family structure and functionality, which in turn generates significant impact on the physical and psychosocial health of the primary caregiver.

Discussion: After conducting our research, we found that family support plays a crucial role in the beliefs, knowledge, and emotional well-being of family members dealing with chronic cardiovascular conditions. Consequently, both sociodemographic characteristics and family functionality are relevant areas that must be incorporated into care, collaborative care and self-management of symptoms, treatment and changes in the lifestyle of patients under control for cardiovascular diseases.

Key words: Family Support - Cardiovascular Diseases - Primary Health Care (PHC) - Public Health

Sergio Hernán Bermedo Muñoz

<https://orcid.org/0000-0002-9278-920X>

Nataly Raquel Oyarzún Vargas

<https://orcid.org/0000-0002-8810-5768>

Cristina Isabel Cid Saldivia

<https://orcid.org/0000-0003-1332-7064>

Departamento de Salud.
Comuna de Río Negro, Chile.

Antonio Alejandro Vargas Peña

<https://orcid.org/0000-0002-1640-8292>

Universidad de Los Lagos.
Sede Osorno, Chile.

Autor de correspondencia:

Sergio Hernán Bermedo Muñoz

Departamento de Salud
de Río Negro
serbemun@gmail.com

Recibido el 16-04-2023

Aprobado el 17-10-2023

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y su impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, constituye en un complejo problema de salud pública en Chile y en el mundo.

Según la OMS, “se estima que en 2016 murieron 41 millones de personas en el mundo a causa de Enfermedades no transmisibles (ENT), lo que equivale al 71% de todas las defunciones. La mayoría de esas muertes se debieron a cuatro eventos cardiovasculares (17,9 millones de muertes), cáncer (9,0 millones), enfermedades respiratorias crónicas (3,8 millones) y diabetes (1,6 millones)”¹. El año 2019 el 16% de las muertes del mundo fue por enfermedades isquémicas del corazón, mientras que el accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron la segunda y tercera causa de muerte, con un 11% y 6% del total de muertes, respectivamente². Dentro de las muertes por enfermedades cardiovasculares cerca de 7,5 millones están asociadas a la morbimortalidad de la cardiopatía isquémica^{3,4}.

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) a nivel mundial ha tenido un incremento importante en las últimas décadas, debido al cambio del perfil demográfico y el aumento en la exposición a los factores de riesgo del estilo de vida, incluidas las dietas poco saludables⁵. Aumento similar y persistente ocurre con la diabetes mellitus tipo II (DM), especialmente en países en desarrollo, considerada una epidemia mundial⁶. Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), el año 2045 la cifra de personas diabéticas podría alcanzar los 783 millones de personas (12,2%), con un aumento considerable en países con ingresos medios, donde la población crecerá y envejecerá considerablemente⁷.

Las enfermedades cardiovasculares reportan en Chile un importante riesgo para la salud y calidad de vida de la población, con tasas de prevalencia superiores al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) configurándose en un desafío para el sistema de salud pública⁸, considerando que el 74% de las muertes tiene como causa las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, junto con las de salud mental⁹.

En Chile mueren más personas por causas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. El año 2016, el 69% del total de las muertes ocurridas en Chile, se debieron a “cuatro

grandes grupos de causas de muerte: enfermedades del sistema circulatorio (28.148), tumores malignos (26.027), enfermedades del sistema respiratorio (9.847) y a causas externas de la morbilidad y de mortalidad (7.773)”¹⁰.

Por su parte, el año 2019 las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la tercera causa específica de muerte en Chile, con el 7,3% de fallecimientos¹¹. Condiciones de salud que tienen un fuerte impacto en la esperanza y la calidad de vida de los pacientes, asociado a la aparición de complicaciones como la enfermedad renal crónica, el infarto de miocardio, la retinopatía, el accidente cerebrovascular, entre otras.

En el caso de la comuna de Río Negro, el año 2019 la población comunal bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular era de 2.236 personas de los cuales el 42% registra diagnóstico de DM, el 82% HTA y el 69% dislipidemia. Respecto a la distribución por sexo, el 63% corresponde a mujeres y el 37% a hombres¹².

La familia en el contexto del apoyo social en personas con enfermedades cardiovasculares.

La aceptación del diagnóstico y un adecuado manejo de la adherencia al tratamiento de las ECV requiere del apoyo social¹³. Entenderemos apoyo social, como “la ayuda o intercambio de asistencia que se da a través de las transacciones interpersonales”, incluida la familia y el apoyo externo, como amigos, la comunidad y otros actores, y que considera las dimensiones instrumental, informativa, valorativa y emocional¹⁴.

De acuerdo a lo planteado por Lagos et al¹⁵, la respuesta de la familia ante la presencia de las enfermedades cardiovasculares depende de la interacción de diversos factores, entre ellos, el tipo y funcionalidad familiar, el nivel de escolaridad de sus miembros, las ideas y creencias que tengan sobre el proceso salud/enfermedad y los tratamientos, etc. Además del vínculo que se establece con equipo de salud y las limitaciones propias del sistema de salud. Por lo tanto, la familia se constituye en la primera red de apoyo social en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Para indagar acerca del apoyo de la familia en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, se realizó el estudio exploratorio-descriptivo con familiares de pacientes diabéticos, hipertensos y dislipidémicos, bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en establecimientos dependientes del Departamento de Salud de Río Negro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio de enfoque metodológico de método mixto en dos fases¹⁶.

Primera fase

En una primera fase se construyó un instrumento de corte cuantitativo para recopilar información cuantitativa del contexto familiar, socioeconómico, demográfico y parámetros clínicos de los pacientes. Para validar y asegurar la confiabilidad el instrumento se ejecutó una prueba piloto.

En esta etapa de la investigación el universo estuvo constituido por 1.160 personas entre 18 y 74 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, siendo la muestra un total de 266 pacientes, quienes fueron contactados e invitados a participar del estudio durante el control de salud cardiovascular. Los pacientes que aceptaron participar del estudio fueron derivados al investigador para la aplicación de la encuesta, previa lectura y firma del Formulario de Consentimiento Informado (FCI) del Usuario. Los instrumentos fueron aplicados por tres de los autores de la investigación entrenados en la aplicación de cuestionarios en el ámbito de la salud.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron ser personas bajo control con ingreso al PSCV a diciembre del 2019, con exámenes clínicos vigentes y autovalentes, lo que permitió salvaguardar una mayor probabilidad de administración del instrumento, el que se aplicó entre el 16/05/2021 y el 29/10/2021. Para la construcción del instrumento se incorporaron preguntas ad hoc que permitieron medir las variables sociodemográficas, de apoyo familiar (¿cuentas con personas que le colaboran en el tratamiento (farmacológico, régimen alimentario o ambos) de sus enfermedades cardiovasculares (DM, HTA, DLP)?; ¿La persona que le colabora en el tratamiento, qué relación de parentesco tiene con ud.? y de antecedentes de salud (presión arterial, hemoglobina glicosilada, LDL y colesterol total).

Segunda fase:

En la segunda fase se realizaron dos grupos focales, el 12 de junio y 28 de julio del 2022, con una duración de dos horas cada uno. Contaron con la participación de 12 personas cuidadoras de pacientes que respondieron la encuesta y que autorizaron en el FCI individual la participación del familiar en el Grupo Focal. Luego de la lectura y firma individual del FCI del Grupo Focal, uno de los investigadores hizo de

moderador para guiar el diálogo, siguiendo los ejes temáticos de interés del estudio y el segundo tomó las notas de campo y realizó la grabación. La pauta para la realización del grupo focal fue construida a partir de la revisión bibliográfica y los resultados de la primera fase del estudio.

Para el análisis de los datos cualitativos se realizó un análisis temático de contenido¹⁷. En el caso de los datos cuantitativos se realizó un análisis descriptivo de las variables consideradas en el estudio.

Consideraciones Éticas

La investigación contó con la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Valdivia del Ministerio de Salud de Chile mediante Ord. N° 275 del 09 de septiembre del 2020.

RESULTADOS

1. Caracterización epidemiológica, demográfica y sociofamiliar de la muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Del total de los pacientes encuestados (266) un 76% son mujeres y un 24% son hombres. Un 51% son personas mayores de 60 años, de los cuales el 71% son mujeres. La mayor concentración de personas está entre los 60 a 74 años, con el 51% del total la muestra.

El 45% tiene educación básica incompleta, siendo el 6to. básico el curso más alto alcanzado con más frecuencia. En el caso de las mujeres de la muestra el 38% tiene una educación básica incompleta, mientras que entre los hombres tal porcentaje alcanza al 18%.

Por otro lado, el 93% de los pacientes de la muestra pertenece a hogares que están en el tramo de clasificación socioeconómica (CSE) del 0 - 70%, es decir, hogares de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad. De acuerdo a los valores de la canasta básica de alimentos y línea de pobreza (LP), a diciembre 2021, el 62,6% de la muestra tiene ingresos individuales por debajo de la LP (\$186.022) y el 31% por debajo de la línea de la pobreza extrema (LPE) (\$124.015)¹⁸.

Corresponde a una muestra de paciente que integran hogares conformados por una o dos personas, donde uno o ambos son adultos mayores y que se encuentran en el tramo del 0 - 40% de la Registro Social de Hogares, es decir, personas beneficiarias del pilar solidario del Estado.

Respecto de su estado de salud, sobre un 50% de los participantes presenta al menos una de las tres

principales enfermedades crónicas consideradas en el estudio (HTA, DM o DLP). Entre quienes presentan alguna de estas enfermedades, la proporción de

pacientes descompensados oscila entre el 47 y 64%, según criterios clínicos de ingreso al PSCV 19 (ver Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización del estado de compensación y nutricional de los pacientes.

| Enfermedad Crónica | % | % dentro de enfermedad crónica | |
|--------------------|-----|--------------------------------|-----------------|
| HTA | 53% | Compensado | 46% |
| | | Descompensado* | 54% |
| DM | 64% | Compensado | 36% |
| | | Descompensado** | 64% |
| DLP | 53% | Compensado | 52% |
| | | Descompensado*** | 47% |
| Estado nutricional | | | % de la muestra |
| Obesidad † | | | 67% |
| Sobrepeso †† | | | 24% |
| Normal ††† | | | 9% |

* Registro de presión arterial < 140/90 mmHg

** Hemoglobina glicosilada < 7%

*** LDL < 100 mg/dl y colesterol total < 200 mg/dl

† Adultos menores de 65 años, IMC >30; adultos mayores de 65 años: IMC >32

†† Adultos menores de 65 años, IMC 25-29,9; adultos mayores de 65 años, IMC entre 28 y 31,9

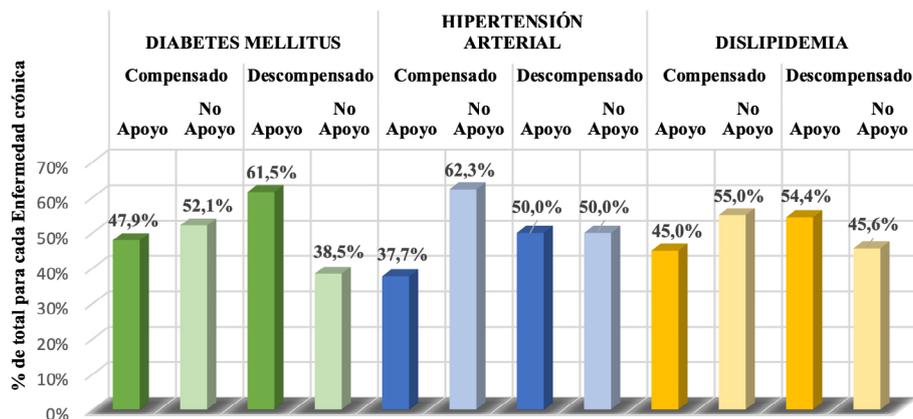
††† Adultos menores de 65 años, IMC 18,5-24,9; adultos mayores de 65 años, IMC entre 23 y 27,9

El 70% de los pacientes en estudio tienen dos o más patologías cardiovasculares y un 56% tiene otras patologías crónicas, principalmente articulares (artrosis) o poli articulares en interacción y correlación con enfermedades de salud mental, como depresión. Conviene subrayar que son personas que se encuentran en el G2 (Nivel de Riesgo Moderado, 2 a 4 Enfermedades Crónicas) y G3 (Nivel de Riesgo Alto, 5 o más Enfermedades Crónicas) de la estratificación de personas con condiciones crónicas. Es decir, con moderado y alto riesgo cardiovascular y mayor complejidad en la atención, según lo establecido en la estrategia de manejo integral de la cronicidad en el contexto

de la multimorbilidad en la atención primaria de salud 20. Al mismo tiempo, el 76% señala no tener o tener un conocimiento parcial sobre las ECV y el 50,7% no cuenta con personas que le colaboren en el tratamiento de su enfermedad.

Al realizar una comparación entre los grupos de pacientes que se encuentran compensados y descompensados con respecto al apoyo familiar recibido, este apoyo está presente en mayor proporción entre aquellas personas descompensadas que en las compensadas, a excepción de HTA, donde la proporción de pacientes con apoyo familiar es idéntica entre compensados y no compensados (ver Figura 1).

Figura 1. Apoyo familiar según estado de compensación de los pacientes.

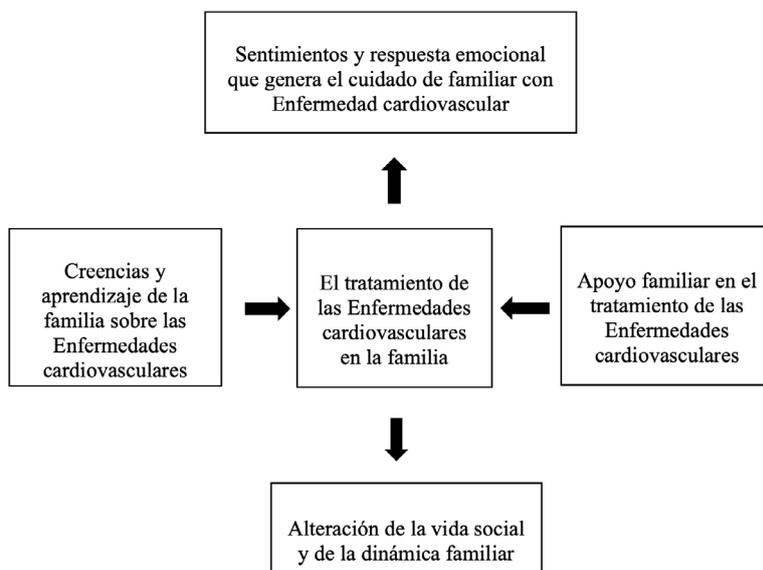


2. Las enfermedades cardiovasculares y su impacto en la familia.

Luego de la lectura de las transcripciones de los audios de los grupos focales y la revisión de las notas de campo, se realizó la codificación del texto surgido de las transcripciones. Esto permitió la identificación de conceptos, la construcción y relación de categorías con sus subcategorías, lo que hizo posible establecer y comprender el fenómeno central que surge de las

experiencias de familiares cuidadores de personas con enfermedades cardiovasculares en control en establecimientos dependientes del Departamento de Salud de Río Negro. Posteriormente, se construyeron cuatro categorías que configuran la categoría central que emerge del estudio, denominada: "El tratamiento de las Enfermedades cardiovasculares en la familia". (ver Figura 3).

Figura 3. Matriz de relación de categorías, a partir de la categoría central del estudio.



Creencias y aprendizaje de la familia sobre las Enfermedades cardiovasculares.

Tanto familiares y cuidadores principales señalan aprender de las ECV, a través de la experiencia cotidiana, en el acompañamiento y el cuidado informal.

“entonces no es una cosa que uno se maneje en el tema, sino que uno va aprendiendo como le van pasando las cosas” (GF2MM).

En este contexto, los cuidadores contienden con discursos y creencias negativas respecto al tratamiento terapéutico por parte del paciente crónico, lo que dificultaría la labor del cuidado,

“igual es porfiado, que hay que hacerle lo que a él le guste no más y harta porción, si uno le da poquito igual se enoja, ¡¡que me van a matar de hambre!!” (GF2HV): “piensan que los van a matar con tanto remedio, no hacen caso, es como desgastante” (GF2BA).

A partir de la experiencia de tener un familiar con ECV se tiene la idea de que las ECV son patologías que se extienden en el tiempo, que traen consigo un deterioro orgánico progresivo, con un desenlace incierto y con un escaso estado de conciencia de enfermedad y autocuidado de los pacientes. Además de identificar la condición crónica de las ECV se señala que el tratamiento de estas patologías se basa en una rutina de ingesta de fármacos y el cuidado en la alimentación,

“no se van a sanar nunca, no es una enfermedad que ellos van a superar y que se van a sanar ... tiene que cuidar en la alimentación, que muchos no lo hacen y la diabetes, na que hacer con la diabetes, más que controlarse...llevar sus horarios, porque es cosa de horario también el tratamiento, porque no es que se tomen una pastilla a las diez de la mañana y se tomen otra a las seis de la tarde” (GF1CA).

De igual manera, los cuidadores señalan realizar la medición y seguimiento de algunos parámetros clínicos e identificar síntomas de descompensación. También mencionan una entrega insuficiente de información por parte de los profesionales de la salud y tener una escasa participación en el plan de tratamiento de este tipo de patologías crónicas.

“Ahí uno va aprendiendo, también como digo, ellos tampoco te explican tan bien [profesional de la salud], por que como te atienden un ratito no más, te explican así y ya” (GF2MM).

Sentimientos y respuesta emocional que genera el cuidado de familiar con ECV.

Los participantes del estudio identifican conductas del paciente que generan estrés y cansancio en el cuidador principal, señalando la inestabilidad emocional, las reacciones impulsivas y la escasa conciencia de salud/enfermedad y la persistencia de conductas no saludables por parte del paciente,

“... soy yo la que todos los días, día a día verle su mal humor..., tampoco es la idea dejarla sola, es tratar de apoyarla, pero cuesta mucho, es demasiado su cambio de humor, se le ha notado y es por la misma diabetes creo yo” (GF1JP); “no hay nadie más, como que todos sus demás hijos hacen su vida y la única sobrecarga que se lleva todo eso soy yo” (GF2BA).

En respuesta a las conductas del paciente y la sintomatología propia de las enfermedades cardiovasculares, los cuidadores principales comparten diversos sentimientos, entre ellos, preocupación, desesperanza, culpa, cansancio, ansiedad, abandono frente al escaso apoyo de familiares, rabia, desconcierto, sentimientos de ambivalencia frente al compromiso del cuidado y el agotamiento emocional que ello involucra,

“... todos los días le digo, mamá tienes que tomarte tu azúcar, mucha sal, pucha que llévame al hospital, no tengo tiempo, la verdad es que no tengo, aparte tengo que estar pendiente de mis dos hijas, del colegio y yo le digo pucha que bueno llegó la noche y la noche es mía le digo, lo único que le digo a mi hija, ya po la noche es mía porque el día se lo di a mi mamá y el tiempo a ella, entonces no tengo tiempo pa mí” (GF1JP); “...como dice la Sra. ahí, el problema más grande que uno se lleva, es la preocupación, preocupación de que, de tenerlo ahí, quejándose cierto y uno no puede hacer nada más, si, darle los remedios, nada más, decirle, tomate esto, tómame lo otro, no puedo hacer nada más, eso es la más preocupante” (GF2MH).

La dependencia del paciente con ECV implican un mayor nivel de estrés y de sobrecarga emocional y física para familiares y cuidadores, pudiendo constituirse en un factor desencadenante de enfermedades crónicas, entre ellas sintomatología depresiva, con impacto directo en la calidad de los cuidados.

Alteración de la vida social y de la dinámica familiar

El carácter crónico de las ECV y su impacto en ámbitos significativos de la vida personal del paciente (estado emocional y funcional), trae consigo tensión y alteraciones sistémicas en las relaciones familiares e interpersonales y de vínculo con la comunidad. En donde las demandas de cuidados son constantes,

“porque uno tiene su trabajo, tiene que llegar en la tarde, igual a mí me pasa que llego de mi trabajo, en la mañana me voy, le dejo su insulina, en la tarde llevo su insulina, mamá te tomaste tu remedio, ella también de repente se descuadra en los remedios o de repente no los toma, pero igual ahí uno tiene que estar uno presente en su insulina, que no se coloque mucho, siempre dejarle la dosis” (GF1JP).

La experiencia de vivir con integrante de la familia con ECV es un proceso complejo de adaptación y de reestructuración. En algunos casos, se alcanzan acuerdos para redefinir roles, estrategias y distribución de los tiempos, logrando conformar una red de vigilancia, prevención, y de manejo de las complicaciones de las ECV,

“cuando a mi mamá le dio esta subida de azúcar, yo la única manera de poder ayudarla, tuve que llevarla a Osorno, a vivir conmigo, entonces, ese proceso fue, el proceso de adaptamiento, no sé cómo se podría llamar” (GF2MM).

Los participantes concuerdan que el cuidado no es una tarea aislada y que las tensiones a menudo surgen, cuando los familiares entran en controversia y no logran acuerdo respecto a una distribución justa de la responsabilidad del cuidado para evitar sobrecarga, frustración y sentimientos de culpa.

Apoyo familiar en el tratamiento de las ECV

Las enfermedades cardiovasculares generan en el paciente requerimientos de apoyo familiar, que provean compañía y colaboración en el proceso de aceptación y evolución de la enfermedad, que promuevan cambios de conducta en sus integrantes y que fomenten la adherencia terapéutica^{21,22}.

Del relato de los participantes, se infiere que los familiares de personas con ECV realizan el apoyo social como una práctica de cuidado cotidiano, a través del recuerdo de fechas y horas de controles de salud, la preparación de alimentos, el retiro de medicamentos, la implementación de estrategia para organizar, guardar y transportar los medicamentos, como los pastilleros, entre otras,

“haciéndole recuerdo de su salud, retirar le los remedios, sacarle hora, estar ahí pendiente de ella, porque ellos se olvidan”, (GF1JP), “si po igual con la alimentación, tener, estar al tanto con su alimentación, tomar sus remedios, que él es un poco olvidadizo” (GF2HV), “ella le compró unos pastilleros y le va poniendo sus pastillitas, pero si no se olvida, siempre hay que estarle haciendo acordar, hay que estar: ¿tomates tu remedio?, ¿tomates tu remedio?” (GF2RA), “yo le compré estos pastilleros y le dejo como todo ordenadito, entonces ella se lo toma y cuando ya le falta, me dice, ¡arréglame mi pastillero!” (GF2MM).

Otro ámbito del apoyo social identificado por los familiares, es el apoyo emocional que entregan al paciente, a través de expresiones de afecto, compañía, confianza, seguridad y preocupación y que influyen en el autocuidado y la adherencia al tratamiento de las ECV,

“voy a mi casa, nos turnamos con mi hijo mayor, es mayor de edad, entonces le hace compañía, le conversa y eso es más que nada, que le dé compañía” (GF1LM), “No mi mamá en lo afectivo, en el sentido de la compañía, o sea a cualquier enfermo, a cualquiera de nuestros familiares le hace bien la compañía” (GF1CA).

Respecto a la responsabilidad de asistencia en los cuidados, esta categoría de análisis muestra que recae en la mujer. Un rol aceptado por un compromiso moral, como algo natural, acentuado por el afecto, valores y creencias de reciprocidad y en ocasiones por la obligación de tener que cumplir la tarea del cuidado,

“Como dice ella, uno tiene que ponerse una coraza, porque no puedes demostrar tu inferioridad a tus hijos, porque tú eres el que lleva el hogar, ambos hogares, pero nada que hacer, uno tiene que seguir adelante, no puedes dejarte caer, no puedes caer en una depresión, tienes que luchar por seguir” (GF1CA); “...hay días que uno igual se cansa, del trabajo, la casa, el hijo, los estudios de mi hijo, entonces eso igual, que también son tipos de problemas uno tiene” (GF2MM). “Hay que soportar no más, hay que soportar no más, no queda de otra, porque a veces uno igual se siente como aburrida, pero no, no dice nada, para no alarmarlo a él, una cosa, mejor, no dice nada” (GF2HV).

Los relatos revelan la multiplicidad de roles que debe cumplir la mujer que desarrolla la función de cuidado de personas con ECV, en un contexto de exigencia, sobrecarga y estrés constante y escaso soporte institucional en la gestión del cuidado. También hay mención a que los hombres son menos propensos a involucrarse en las tareas de cuidado en comparación con las mujeres, quienes de por sí, cumplirían de forma correcta y naturalmente la actividad del cuidado, como una ocupación culturalmente femenina e impuesta.

DISCUSIÓN

La familia, acorde a su estructura, dinámica y etapa del ciclo vital se adapta a los cambios que imponen las demandas de cuidado de las enfermedades cardiovasculares. Para Maquera et al.²³, la adaptabilidad “se entiende como la capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas situaciones que provocan tensión por condiciones inherentes a su desarrollo” (p. 3). Por consiguiente, la adaptabilidad del sistema familiar es una contribución positiva para asegurar un entorno saludable y afrontar situaciones propias de las enfermedades cardiovasculares en ocasiones extenuantes emocionalmente, tanto para el paciente, como para la familia.

El estudio muestra que la experiencia de acompañamiento y dinámica del cuidado de personas con ECV es un acontecimiento complejo y estresante que trae consigo la pérdida de relaciones sociales, cambios y ajustes en la rutina familiar y, en ocasiones, conflictos entre el paciente y el cuidador principal²⁴. Por ende, la confirmación del diagnóstico clínico de una enfermedad cardiovascular, configura y activa mecanismos de respuesta para adecuar la funcionalidad del sistema familiar, donde el trabajo colaborativo entre el paciente y la familia para el automanejo de las enfermedades crónicas pasa a ser parte de las actividades instrumentales de la vida cotidiana de la familia. Diversos estudios han encontrado una relación importante entre la adherencia al tratamiento de las ECV y la funcionalidad familiar²⁵⁻²⁷.

Según Trujano et al.²⁸, “La presencia del enfermo crónico afecta a todos los miembros de la familia, pero en particular a quien desempeña el papel de cuidador principal, porque éste ve alterada su calidad de vida, dado que es quien soporta la sobrecarga de trabajo y los niveles intensos de estrés que implican la atención del paciente” (p.79).

Por su parte, Fachado et al.²⁹ señala que la familia es una importante fuente de apoyo social. En ella

ocurre un proceso interactivo, donde las personas con enfermedades cardiovasculares obtienen apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo y de interacción social positiva. En el caso de nuestro estudio, el apoyo informativo e instrumental otorgado por los cuidadores principales y por el equipo de salud facilita a los pacientes el recibir orientación y ayuda directa para el cumplimiento del tratamiento terapéutico de las ECV. En relación a esto, es interesante observar un mayor porcentaje de personas con apoyo familiar, corresponde a pacientes que están descompensados.

En este punto, nuestros hallazgos contradicen en alguna medida la literatura que muestra una relación directa entre mejores niveles de compensación de ECV y la presencia de apoyo familiar³⁰⁻³². Esto nos permitiría plantear la hipótesis que los niveles de compensación estarían más relacionados con el conocimiento que tienen los pacientes sobre las ECV, que con la participación directa de la familia. Esta última, tendería a aparecer como apoyo justamente en los momentos de descompensación del paciente, determinado por las experiencias previas o la información recibida de otros familiares, miembros de la comunidad o medios de comunicación sobre la evolución de las complicaciones de las ECV en un escenario de un conocimiento inadecuado de las patologías cardiovasculares, influido por el nivel de escolaridad del paciente y familiares.

Por otro lado, el control de las personas con condiciones crónicas cardiovasculares también estaría determinado por el propio sistema de salud, respecto a la falta de monitoreo en el cumplimiento de la construcción, implementación y evaluación de estrategias educativas y de consejería que incorporen la participación de la familia o personas significativas en la observancia del tratamiento y automanejo de las enfermedades cardiovasculares^{19, 33, 34}. Precisamente la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), que está en reciente implementación en la atención primaria, en su marco de acción de la multimorbilidad, es explícita al señalar que, en el caso de los pacientes en condiciones crónicas, deben existir planes de cuidados consensuados, integrales y continuos que permiten la coordinación de las prestaciones de salud, haciendo parte a la familia y/o cuidadores en el proceso del cuidado³⁵.

Si bien el plan terapéutico biomédico (diagnóstico y tratamiento) está asegurado a través de la Ley sobre Garantías Explícitas en Salud³⁶, los familiares y cuidadores otorgan especial relevancia al apoyo y bienestar

emocional del paciente, incluida la presencia de la red de apoyo familiar, como dimensiones importantes del manejo integral de las ECV. Esto coincide con los hallazgos encontrados por Leonel et al.³⁷ en su estudio en pacientes hipertensos en el Instituto Nacional de Cardiología de la ciudad de México. Cabe señalar que diversos organismos de salud advierten que, además de la conformación de equipos multidisciplinarios, se debe contar con la participación y colaboración de la familia en el diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado de las personas con enfermedades cardiovasculares^{18, 38, 39}.

La exposición por tiempo prolongado a circunstancias de cuidado y acompañamiento de un familiar con enfermedad ECV tiene repercusiones en la salud física y psicosocial del cuidador principal, quien debe reorganizar los tiempos, las actividades de la vida diaria y cumplir una multiplicidad de roles⁴⁰. Son principalmente las mujeres, en un 98% de los casos, según el estudio, quienes, sin beneficios de seguridad social, sin preparación, sin límite de horario y con un importante deterioro de su calidad de vida, asumen las tareas del cuidado. Responsabilidad y condiciones que muestran la relación de feminización de la labor del cuidado y los estereotipos de género, que naturalizan y normalizan el rol de cuidado al interior de la familia^{41, 42}. En este sentido, es importante señalar que en Chile el modelo biomédico imperante no incorpora el enfoque de género en las prestaciones del programa de salud cardiovascular, aspecto esencial en la gestión del proceso de atención de salud^{19, 43}.

De igual modo, en este complejo entramado del soporte social y el exigente cumplimiento de metas terapéuticas³⁹, el aprendizaje sobre las ECV está en directa relación con las experiencias de cuidado informal y no necesariamente a partir de las intervenciones del sistema sanitario. Corresponde a experiencias que están determinadas por la construcción de un sistema de creencias acerca de este tipo de enfermedades, de acuerdo al contexto cultural y la interpretación individual y colectiva que realizan el paciente y los familiares de cada patología en particular. Esta dimensión de la matriz cultural de las personas no está presente en el proceso de salud/enfermedad/atención del modelo biomédico, cuestión que ha sido analizada en otros estudios^{44, 45}.

El apoyo familiar en el tratamiento de las ECV se lleva a cabo en el marco de una confluencia de determinantes de desigualdad en salud, como educación, ocupación, nivel de ingresos y el género; sumado a la presencia de comorbilidades, circunstancias psi-

cosociales, el contexto familiar y factores propios del paciente y aquellos intrínsecos del sistema de salud. Estos hallazgos son un aporte desde la experiencia local a la evidencia científica encontrada, tanto en Europa como América Latina⁴⁶⁻⁴⁹, respecto al soporte familiar y las barreras que intervienen en el conocimiento y adherencia terapéutica de las personas con enfermedades cardiovasculares y a otros estudios que han discutido sobre los factores biológicos como determinantes en el manejo adecuado de este tipo de patologías crónicas⁵⁰.

Por último, señalar que la limitación del estudio fue no incluir variables que permitiesen observar la evolución del cuidado familiar junto con el diagnóstico y la confirmación de una ECV. Los resultados orientan futuras investigaciones que indaguen en la asociación de variables como el apoyo familiar y la codependencia y su influencia en los niveles de compensación de pacientes con ECV.

En el marco del modelo de atención primaria de salud con enfoque familiar y comunitario, la muestra en estudio permite concluir que en su mayoría los pacientes bajo control en el programa de salud cardiovascular cuentan con apoyo familiar, pero al mismo tiempo no se encuentran compensados, deduciéndose que el apoyo existente no está siendo necesariamente efectivo sobre el control del paciente y sus patologías crónicas. La compensación más bien estaría asociada en muchos casos al autocuidado individual del paciente, de manera que el apoyo familiar surgiría muchas veces solo ante eventuales manifestaciones de la sintomatología propia de las patologías cardiovasculares, estando en correlación con la funcionalidad del sistema familiar, la escolaridad, el nivel socioeconómico, la cultura y el conocimiento que se tenga sobre las enfermedades cardiovasculares.

Si bien el esquema de atención biomédico muestra logros en el cumplimiento de meta establecidas de compensación, es necesario activar mecanismos de intervención colaborativos, tanto en consultas, controles e intervenciones educativas que incorporen el enfoque familiar y de género y que tengan por objetivo interiorizar, reforzar y aclarar la información existente sobre las enfermedades cardiovasculares en un contexto de diversidad cultural.

El impacto que tienen las patologías cardiovasculares, tanto en el paciente como en el sistema familiar, requiere conocer la estructura sociocultural de las familias conjuntamente con la implementación y el desarrollo de procesos educativos participativos, culturalmente pertinentes y sostenibles en el tiempo, que

empoderen y mejoren el conocimiento de familiares significativos del paciente y otorguen relevancia al apoyo familiar, el cuidado colaborativo y el automanejo de las enfermedades cardiovasculares.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. [Internet]. 2020 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240111953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. WHO. [Internet]. 2019 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Cardiopatía Isquémica. Nro. 145. Región de Murcia. España. [Internet]. 2020. <https://web.cofrm.com/wp-content/uploads/2020/09/Informe-Cardiopatía-Isquemica-PF145.pdf>
- Lorenzatti AJ, Toth PP. New Perspectives on Atherogenic Dyslipidaemia and Cardiovascular Disease. *Eur Cardiol*. 2020;15. <https://doi.org/10.15420/ecr.2019.06>
- Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*. 2020; 16(4):223-37. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Farag YM, Gaballa MR. Diabetes: an overview of a rising epidemic. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26(1):28-35. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq576>
- Boyko E, Magliano D, Karuranga S, Piemonte L, Riley P, Saeedi P, Sun H. Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. 10° ed. Diabetes research and clinical practice, 183, 109119. Federación Internacional de Diabetes. [Internet] 2022 [consultado en abril 2022]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Forascepi C. Chile: New health and institutional challenges in a country in transition. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e137. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49469/v42e1372018_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022. [Internet]. OMS; 2022 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240047761>
- Díaz L. Documentos de trabajo Panorama de la mortalidad y mapas de calor sobre defunciones, 2016. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. 2019 [consultado en jun 2022]. Disponible en: https://www.inec.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/panorama-de-la-mortalidad-y-mapas-de-calor-sobre-defunciones-2016.pdf?sfvrsn=c5ea47fe_2
- Soto V Á, Vanegas L J. Tendencia de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Chile entre 1980 y 2015. *Rev Méd Chile*. 2021;149(4):554-8. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400554>
- Servicio de Salud Osorno. Consolidado Registro Estadística Mensual 2019. [Internet] [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://estadisticas.sosorno.cl/estadisticas/consolidados.php>
- González P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa* [Internet]. 2011;3(5):102-107 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- Poblete F, Glasinovic A, Sapag J, Barticevic N, Arenas A, Padilla O. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Aten Primaria*. 2015;47(8):523-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
- Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*. 2014;1(2):85-92. https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111
- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Internet]. 1a Ed. Vol. 1. Barcelona: Paidós; 1997 [consultado en jun 2022]. Disponible en: http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/MODELOSDEINVESTIGACIONII2019III/document/libro_metodo_de_investigacion.pdf
- Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2005 [consultado en may 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?>

18. Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Informe Mensual. Valor de la Canasta Básica de Alimentos y Líneas de Pobreza Informe Mensual. [Internet] diciembre 2020 [consultado en jun 2022]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva_serie/2021/Valor_CBA_y_LPs_21.12.pdf
19. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular [Internet]. 2017 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf
20. Chile. Ministerio de Salud. Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centro en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. [Internet]. 2021 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
21. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Prueba de acción. [Internet]. 2004 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas. Directrices para la Implementación. [Internet]. 2015 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/922/Modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas.-MIN-SAL-Chile-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Maquera VZ, Maldonado LA. Enfermedades crónicas y su impacto en el afrontamiento familiar de pacientes en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019. Revista Científica Investigación Andina [Internet]. 2021 [consultado en abril 2022]. Disponible en: 21(1). <https://revistas.uancv.edu.pe/index.php/RCIA/article/view/914>
25. Reyes AG, Garrido LA, Torres LE, Ortega P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y salud [Internet]. 2010 [consultado en abril 2022]. Disponible en: 20(1), 111-117. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/623/1084>
26. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuidado y salud: Kawsayninchis. 2014;1(2), 85-92. https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111
27. Velasco MC, Balcázar P, Fuentes, R. Funcionamiento Familiar y Estilos de Vida en Personas con Diabetes Mellitus 2. 16º Congreso Virtual de Psiquiatría.com [Internet]. Interpsiquis. 2015 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://psiquiatría.com/trabajos/2CON-F2CVP2015.pdf>
28. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdova I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, de León-Ramírez M. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. Enferm. Univ. 2017;14(3):155-61. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
29. Trujano RS, Ávila DI, Vega Z, C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Alternativas en Psicología [Internet]. 2012 [consultado en mayo 2022]; 16(26):78-84. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a08.pdf>
30. Fachado AA, Menéndez M, González L Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Cuad Aten Primaria. 2013 [consultado en mayo 2022];19(2):118-123. Disponible en: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
31. Noriega A, Cogolllo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. Revista cuidarte. 2017; 8(2):1668-1676. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
32. Rodríguez E, Denis DA, Ávila JA, Hernández OL. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021;37(4). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n4/1561-3038-mgi-37-04-e1477.pdf>
33. Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, Ramírez-Coronel AA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2021;40(3):290-297. doi.org/10.5281/zenodo.5039487
34. Bächler R, Mujica V, Orellana C, Cáceres D, Carrasco N, Davidson C, Jiménez A, Luna P, Valladares E, Vergara A. (2017). Eficacia de un programa educativo estructurado en población diabética chilena. Rev Méd Chile. 2017;145(2):181-187. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200005>

35. Castellano J, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(9):724-730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.024>
36. Chile. Ministerio de Salud. Marco Operativo. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas [Internet]. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria; 2021 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
37. Establece un Régimen de Garantías en Salud. Ley N° 19.966 [Internet] 2004 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/73259fba7f91efafe04001011f011215.pdf>
38. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Papaqui-Hernández J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Rev Enferm Neurol*. 2015;14(1):11-7. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v14i1.200>
39. Organización Mundial de la Salud. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinarios [Internet]. Washington DC: OPS; 2019 [consultado en junio 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50855>
40. Chile. Ministerio de Salud. Resolución Exenta 700/2021. Fija Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención para las entidades Administradoras de la Salud Municipal para el año 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1165435>
41. Vicente Ruiz MA, De la Cruz García C, Morales Navarrete RA, Martínez Hernández CM, Villarreal Reyna MD. Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *Eur J Invest Health, Psychol Ed*. 2015; 4(2):151. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.66>
42. Domínguez Mon A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*. 2017;13(3):375. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
43. Jiménez Ruiz I, Moya Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfer Global*. 2018;17(1):420. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>
44. Véliz L, Bianchetti A. Enfoque de Género en la atención de salud de pacientes con enfermedades cardiovasculares en Chile. *Rev Chil Cardiol*. 2018;37(2):143-5. <https://doi.org/10.4067/s0718-85602018000200143>
45. Hoyos TN, Arteaga MV, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y educación en enfermería [Internet]*. 2011;29(2):194-203. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n2/v29n2a04.pdf>
46. Bermedo S. Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Rev Chil Salud Pública*. 2015;19(1):47. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.36339>
47. Iglesias-Fernández M. Dificultades en los cuidados de las personas con enfermedades crónicas: Diabetes mellitus tipo 2: estado de la cuestión. *Rev Prisma Social*. 2021;(32):446-475. <https://revistaprismasocial.es/article/view/4081>
48. Jiménez Barbosa WG, Baquero Pérez DS, Mora Sánchez MD, Salinas LR. Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal. *Rev Méd de Risaralda*. 2019;25(1):15. <https://doi.org/10.22517/25395203.15871>
49. Parra-Gómez LA, Galeano L, Chacón-Manosalva M, Camacho P. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e26. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.26>
50. González C, Bandera S, Valle J, Fernández J. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Medicina General y de Familia*. 2015;4:10-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.05.003>
51. Aguilar M, Maldonado Y. Factores determinantes en las complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) en adultos y adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Primaria (CAP) III Es Salud-El Agustino, 2016. *Revista de Investigación Apuntes Científicos Estudiantiles de Nutrición Humana [Internet]*. 2017 [consultado en abril 2022];1(1). Disponible en: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_nutricion/article/view/943