Revista Venezolana de Salud Publica
ISSN: 2343-5534
ISSN: 2343-5526
rvsp@ucla.edu.ve
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado
Venezuela

Russo, Vicencina; Aparicio, Jesús; Becerra, Celis; Castillo, Carlos;
Depablos, Nelson; Díaz, Esthefany; Estraño, María; Fernández, José;
Galeno, Leryosca; Nieves, Hirlymar; Rodríguez, Rayda; sanchez, Paúl

Hipertensión arterial y percepción de soledad social en
habitantes mayores de 55 años. Barquisimeto, Venezuela
Revista Venezolana de Salud Publica, vol. 8, núm. 1, 2020, -Junio, pp. 31-48
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado
Venezuela

Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Articulo Original

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL EN HABITANTES MAYORES DE 55 AÑOS. BARQUISIMETO, VENEZUELA

ARTERIAL HYPERTENSION AND SOCIAL LONELINESS IN AN OLDER POPULATION FROM 55 YEARS AND OLDER. BARQUISIMETO, VENEZUELA

[1]Russo Vicencina,[2] Aparicio Jesús, [2]Becerra Celis,[2] Castillo Carlos, [2]Depablos Nelson, [2]Díaz Esthefany, [2]Estraño María,[2] Fernández José, [2]Galeno Leryosca, [2]Nieves Hirlymar, [2]Rodríguez Rayda**,** [3]Sánchez Paúl**.**

[1]Universodad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato Cs.de la Salud, Departamento de Medicina Preventiva y social. Medico, Especialista en Medicina Familiar. Barquisimeto Venezuela. Correo **vicefamidoctor@gmail.com**

[2] Universidad Ceentroccidental Lisandro Alvarado, Decanato Ciencias de la Salud. Estudiantes de VI año de la carrera de Medicina. Barquisimeto, Venezuala. Correo : **jesuseliasaparicio@gmail.com**

[3] Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato Cs.de la Salud, Departamento de Medicina Interna. Médico Psiquiatra. Barquisimeto, Venezuela. Correo **paulsanchez07@gmail.com**

Recibido: 05-02-2020 Aprobado: 09-04-2020

RESUMEN

Se ha demostrado que la vivencia de soledad social está estrechamente relacionada con el estado de salud de la población. La presente investigación evaluó la prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con la percepción de la soledad social en los habitantes mayores de 55 años de la comunidad Antonio Carrillo. En tal sentido se realizó un estudio analítico de prevalencia, utilizando como población 92 personas, se procedió a interrogar sobre el diagnóstico previo de hipertensión arterial, medición de la presión arterial y posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos ESTE II. Se obtuvo como resultados que, en los habitantes mayores de 55 años de la comunidad, según las características generales de la población, predominó el sexo femenino (63%); asimismo, la mayoría de los habitantes se encontraron entre un rango de edad de 55 a 64 años (52,2%); según estado civil, prevalecieron los habitantes casados (41,3%); con respecto al nivel educativo la mayoría de los habitantes cursó primaria incompleta (24%) y en relación a la situación laboral predominó la inactividad (76,1%). A su vez, se comprobó que 65,2% de la población era hipertensa y en cuanto a la percepción de soledad social, se evidenció que 68,5% de la población presentaba la misma. Se pudo observar que no hubo asociación estadísticamente significativa entre la presión arterial y la percepción de soledad social ($p > 0.05$), sin embargo, 68,3% de los habitantes con percepción de soledad social fueron hipertensos.

Palabras clave: Anciano, hipertensión arterial, soledad social, ESTE II.

Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

ABSTRACT

Social loneliness has been shown to be closely related to the health status of the population. The present research assessed the prevalence of arterial hypertension and its association with the perception of social loneliness in residents over 55 years of age in the Antonio Carrillo community. In this regard, an analytical prevalence study, 92 people were studied as population, the previous diagnosis of arterial hypertension was asked, blood pressure was measured, and the data collection tool ESTE II was subsequently applied. It was found that, in the population over 55 years of age, according to the general characteristics of the population, the female sex predominated (63%); in addition, the majority of the habitants were between the ages of 55 and 64 (52.2%); according to marital status, married residents prevailed (41.3%); with regard to education, the majority of the population underwent incomplete primary education (24%) and in regards of the inactivity by the unemployment situation (76.1%). 65.2 % of the population was found to be hypertensive, and in terms of the perception of social loneliness, 68.5% of the population was found to have the same conditions. As in fact, when the association between blood pressure and the perception of social loneliness was made, it was specified that 68.3% of the habitants with perception of social loneliness were hypertensive ($p>0.05$).

Keywords: Elderly, arterial hypertension, social loneliness, ESTE II.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares es el principal problema de salud a nivel local, regional e internacional, convirtiéndose así, en un problema de salud pública. Entre las enfermedades de origen cardiovascular, se destaca, por su alta prevalencia e incidencia, la hipertensión arterial. El riesgo a padecer hipertensión arterial incrementa conforme avanza la edad con diferencias según sexo, teniendo en consideración que en el varón aumenta progresivamente hasta la década de los 70 y en mujeres el incremento mayor se produce a partir de la década de los 50, desde donde aumenta progresivamente hasta la década de los 80 [1].

La hipertensión arterial (HTA) se define como una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias por encima de los límites normales, donde se toma como punto de corte, las cifras de presión arterial sistólica (PAS) ≥140 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) ≥90 mmHg en personas no tratadas con fármacos antihipertensivos2. Es importante destacar que según la última actualización del Joint National Committee (JNC 8) se modificaron los niveles de presión arterial en las personas mayores de 60 años de edad,

donde las cifras deben alcanzar PAS ≥150 mmHg y PAD ≥90 mmHg [2, 3].

Existen factores que influyen y se asocian a la aparición de HTA, destacando factores genéticos (herencia y raza), alimentación, dada principalmente por exceso de ingesta calórico-proteica, consumo de sal, grasas saturadas y alcohol, factores ambientales como el consumo de aguas blandas que contienen exceso de sodio y cadmio, estrés ambiental, obesidad, hábitos sedentarios, tabaquismo y por último pero no menos importante los factores psicosociales, entre los que destacan el tipo de personalidad, estrés emocional, psicosocial, tensión ocupacional y la soledad. La fisiopatología de la misma atribuye un mecanismo complejo enfatizando a factores ya mencionados, pudiendo ser de origen genético, aporte y retención excesiva de sodio, estrés (aumento del cortisol, hiperactividad nerviosa simpática), exceso del sistema renina-angiotensina, obesidad, entre otros [4].

A nivel psicosocial, respecto a la soledad, se encuentran datos fidedignos del mecanismo fisiopatológico en la afectación de la salud cardiovascular. Algunas investigaciones constatan la analogía entre la soledad, el cortisol y el estrés y se describe como una experiencia psicológica con potenciales efectos adversos sobre los procesos de estrés que podrían afectar a la salud. Las investigaciones en seres humanos y animales sobre los mecanismos de estrés neuroendocrino que pueden estar implicados en la soledad social sugieren que el aislamiento social crónico aumenta la activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico hipofisario adrenocortical, estos efectos dependen más de la ruptura de un vínculo social entre un par significativo que el aislamiento objetivo per se [5, 6, 7, 8].

El sistema nervioso simpático (SNS), a través de las neuronas preganglionares (nervio esplácnico), se proyecta desde el sistema nervioso central directamente a las células de la médula suprarrenal, que segrega principalmente epinefrina "además de cantidades más pequeñas de norepinefrina y dopamina" en el sistema circulatorio, donde sirve para aumentar el metabolismo y la energía disponible; a su vez los individuos solitarios experimentan aumento de la resistencia vascular periférica o vasoconstricción y en consecuencia aumento de la presión arterial debido a la presencia de epinefrina (Epi) y la norepinefrina (NE), un efecto que se intensifica por los GC. Además, los GC reducen la expresión del gen del óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS) y la fosforilación de serina 1177 en las células endoteliales, lo que provoca una menor producción de óxido nítrico (NO) y una vasodilatación alterada [7, 8].

Por consiguiente, se ha demostrado que la vivencia de soledad, que acompaña a la sociedad actual con menor o mayor intensidad a lo largo del ciclo vital, está estrechamente relacionada con el estado de salud en el sentido más amplio del término.

Existe, por ejemplo, una relación entre la soledad crónica y la mortalidad en general asociada con trastornos isquémicos y cardiovasculares. Esta relación ocurre incluso independientemente del aislamiento social y de las condiciones médicas y psiquiátricas previas. Los estudios comprueban que existe alta correspondencia con el aumento de la presión arterial sistólica, dislipidemias e índice de masa corporal. De hecho, según un estudio de la Universidad de Chicago (Estados Unidos) que se publica en la revista Psychology and Aging, confirmó la aseveración sobre la soledad como factor de riesgo para la hipertensión arterial en los adultos mayores y que ésta podría aumentar el riesgo de mortalidad derivada del ictus y la enfermedad cardiaca hasta en un 30% [9, 10, 11, 12, 13, 14].

En la actualidad la soledad es una epidemia infra diagnosticada, la cual es tangible y presente en la sociedad, por lo que resulta complejo estudiarla y definirla. Algunos autores la precisan como un constructo psicológico que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente; esta percepción va acompañada de una emoción difusa displacentera, un sentimiento de vacío y pérdida del sentido de la vida, otros la definen como una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social. Por su parte el médico no suele diagnosticar ni interrogar la misma debido a que no se tiene la información necesaria para tratarla, concordando con que, para la sociedad ésta se encuentra estigmatizada, trivializada o ignorada[11, 15].

Aunado a esto, existen diversos tipos de soledad, y son varios los referentes sobre la misma, como por ejemplo, la soledad exterior u objetiva, de estar solo e interior o subjetiva, de sentirse solo; la primera está relacionada con la que se vive en el entorno, es decir, la falta real de contactos, la carencia de compañía, tanto social como familiar y, la segunda, es la que se siente y que se considera como la verdadera soledad, es una sensación que es relacionada con la tristeza y la describen como un sentimiento interno y doloroso[16, 17, 18].

Asimismo, se denomina soledad social, al contacto que no se tiene con otras personas. A lo largo del proceso de socialización, los seres humanos experimentan diversos tipos de relaciones con los amigos, las instituciones y otros; vínculos que les permiten fortalecer su identidad, cuestionar sus esquemas y en momentos, plantear cambios frente a su estilo de vida. Las relaciones con los otros constituyen una red social significativa que permite al individuo compartir ideas, sentirse importante, escuchado y con un lugar dentro de la sociedad. Las necesidades básicas sociales son: pertenencia a un grupo, integración en el grupo e identificación con

él. Cuando posee poca destreza para crear relaciones con los otros se acrecienta el riesgo para la persona de estar sola[19].

La edad juega un rol en esta entidad, a mayor edad, mayor soledad, lo que puede ser explicado por la disminución de interlocutores sociales, la muerte de compañeros, la jubilación y las limitaciones físicas y sensoriales que impiden la socialización con familiares y amigos, es debido a esto que la población estudiada fueron habitantes mayores de 55 años [20, 21].

Por lo tanto el nuevo estilo de vida actual, ha traído consigo cambios en la forma en que se desenvuelve la sociedad; actividades como el trabajo, el entretenimiento y la educación, se desarrollan de manera distinta con respecto a décadas anteriores, muy relacionados a los fenómenos de la tecnología y la necesidad de buscar una mejor calidad de vida, de modo que las relaciones interpersonales han quedado en un tercer plano, dando como consecuencia que la población se vuelva más propensa y vulnerable a la soledad [22].

Por otro lado, existen múltiples instrumentos para medir globalmente la sensación de soledad; Rubio y Aleixandre, crean en 1999 una nueva escala, denominada ESTE, para la construcción de la misma, se basaron en cuatro instrumentos que la literatura especializada consideraba como óptimos. Estos fueron: escala University of California at Los Angeles (UCLA), la misma consta de 3 dimensiones, siendo estas, la percepción subjetiva de soledad, el apoyo familiar y el apoyo social, con 2 factores: la intimidad con otros y la sociabilidad; escala SELSA: conformada por tres sub escalas, la romántica, las relaciones con los amigos y con la familia; la escala ESLI, conformada por la escala de soledad emocional y la escala de soledad social; y además la escala de satisfacción vital de Philadelphia que se basa en el bienestar psicológico y la satisfacción personal. En los resultados se mostraron altas correlaciones entre las escalas, lo que permitió concluir que todas estaban midiendo el mismo constructo (soledad). Esto llevó a los autores a construir una escala que reuniera los ítems comunes a las cuatro escalas anteriores, a la cual denominaron escala ESTE. La misma mide cuatro factores (soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social)[23, 24, 25, 26].

Para analizar la percepción que tiene el sujeto del contento social y la vivencia que el mismo experimenta, Pinel y Rubio en 2009 crearon el ESTE II, denominada escala de "SOLEDAD SOCIAL" que intenta analizar la experiencia subjetiva de la misma. La Escala de Soledad Social ESTE II es la continuidad de la Escala ESTE I, la cual fue revisada y actualizada a través de un proyecto de investigación con IMSERSO. Esta se centra en profundidad en el factor de Soledad Social como su nombre lo indica, instrumento en el cual estuvo basado el trabajo de investigación[26].

En concordancia con lo expuesto, Hawkley y colaboradores en 2006 en Illinois, Estados Unidos, estudiaron una muestra de población de caucásicos, afroamericanos y latinoamericanos, de 50 a 68 años de edad, para determinar cómo la soledad y los factores psicosociales coexistentes (síntomas depresivos, estrés percibido, apoyo social y hostilidad) se relacionaron con los índices de funcionamiento cardiovascular y endocrino; encontrando, que la soledad se asoció con un aumento de la PAS, la magnitud de la asociación entre soledad y PAS fue considerable; un aumento de 1 desviación estándar en la soledad (10 unidades en una escala de 60 unidades) se asoció con una diferencia de PAS de más de 5 mm Hg, un efecto aproximadamente equivalente a 5 años de aumentos típicos relacionados con la edad en PAS durante la edad adulta. Aunque los resultados están limitados por ser un estudio de corte transversal, es consistente la hipótesis que, entre los individuos solitarios, la enfermedad cardiovascular contribuye a una mayor morbilidad y mortalidad [27].

Thurston y Kubzansky en 2009, examinaron las asociaciones entre la soledad y el riesgo incidente de enfermedad cardíaca coronaria durante un período de seguimiento de 19 años en una muestra comunitaria de hombres y mujeres. Concluyeron que la soledad se asoció prospectivamente con un mayor riesgo de enfermedad cardíaca coronaria [28].

De igual forma, Hawkley y colaboradores en 2010, en Chicago, Estados Unidos, con el panel de Chicago Health, Aging, and Social Relations, realizaron un estudio longitudinal de cohorte, partiendo de la hipótesis que el efecto de la soledad se acumula para producir mayores aumentos en la PAS en un período de cuatro años, que los observados en individuos menos solitarios. Las estimaciones previeron que los individuos más solitarios exhibirán aumentos de la PAS de 3.6 mm Hg / año, o un aumento de 14.4 mm Hg más en la PAS que sus contrapartes menos solitarias en el transcurso de 4 años [29].

En el mismo orden de ideas, Abolfathi y colaboradores en el año 2012, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el impacto de la soledad en la hipertensión en la vida adulta. Los resultados muestran que la prevalencia general de hipertensión es del 39% y que la soledad aumenta significativamente la probabilidad de hipertensión en la vida adulta [30].

Por su parte, en la India en el 2016, se estudió dicho evento demostrando que la prevalencia de la soledad fue de 37,6% entre la población de ancianos trabajada, donde las mujeres fueron las más afectadas (42,7%) en comparación a los hombres (29,6%), concluyendo que los factores que influyen en la población son: la edad avanzada, analfabetismo, viudez, única persona familiar mayor de 60 años, tamaño familiar mayor a 5 y presencia de invalidez o discapacidad [31].

En el 2017 se demostró que la soledad puede ser peligrosa y se avala los mecanismos fisiopatológicos mencionados anteriormente, ya que esta condiciona el aumento de los niveles de cortisol, si esta se prolonga de forma crónica, trae como consecuencia daño en el endotelio de los vasos sanguíneos, además que activa cascadas de señalización que desencadenan la liberación de proteínas involucradas en procesos inflamatorios, por lo que contribuye a enfermedades cardiacas, diabetes y cáncer [12].

Así mismo, Fullerton y colaboradores en 2017, en la Municipalidad de Vitacura, Santiago, Chile, realizaron un estudio el cual demostró que existen altos niveles de soledad en adultos mayores (61,18%). No se obtuvo relaciones significativas en cuanto a la edad de los participantes y el número de personas con que vive [32].

Actualmente este padecimiento es conocido en las estadísticas de Estados Unidos, las cuales en el 2018 consideraron alarmante dicha entidad, demostrando que 47% de la población adulta total del país la padece y se asocia a 26% de riesgo de mortalidad temprana, afirmando su papel inclusive como factor de riesgo cardiovascular. Aproximadamente 1 de cada 4 estadounidenses (27%) rara vez o nunca siente que hay personas que realmente los entienden, 2 de cada 5, a veces o siempre sienten que sus relaciones no son significativas (43%) y que están aisladas de los demás (43%), la mitad de los estadounidenses (53%) tienen interacciones sociales significativas en persona diariamente [33].

En Venezuela, una de cada tres personas es hipertensa, según estudio CARMELA del 2011, la prevalencia de HTA en Barquisimeto es de un 24.7%, la segunda más alta entre las ciudades Latinoamericanas estudiadas. El 49.18% de la población de Barquisimeto, tiene 1 o 2 factores de riesgo CV y 39.68% tiene 3 o más factores de riesgo, diabetes, síndrome metabólico o presencia de placas ateromatosas, en dicho estudio no se tomó la soledad como factor de riesgo cardiovascular, ni se interrogó acerca de la misma [34].

A la fecha, no se tienen estudios precedentes ni estadísticas respecto a la soledad. Los cambios demográficos y sociales han llevado posiblemente a un incremento de la misma en la sociedad moderna, es importante destacar el fenómeno migratorio Venezolano durante los últimos 5 años, que para finales de 2018 se calcula en 3.4 millones de venezolanos aproximadamente de acuerdo a la Agencia de la ONU para los refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional de Migraciones (OIM) y que podría superar los 5 millones para finales de 2019, hecho que contribuye a la disminución de familiares, amigos, vecinos dentro de sus redes sociales a pesar de los avances de las tecnologías para la comunicación a distancia, lo cual es considerado como un factor de riesgo para la

soledad objetiva, siendo imprescindible identificar y comprobar la existencia de la misma y su relación con la patología cardiovascular, como lo es la hipertensión arterial [35].

Es por ello, que esta investigación planteó la existencia de asociación entre la hipertensión arterial y la percepción de soledad social en los habitantes mayores de 55 años de la comunidad Antonio Carrillo de la parroquia Juan de Villegas, Lara.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación constituye un estudio analítico, no experimental, de prevalencia en la cual se persiguió determinar la prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con la percepción de la soledad social en los habitantes mayores de 55 años de la comunidad Antonio Carrillo de la parroquia Juan de Villegas, Barquisimeto, estado Lara, Venezuela, en el período marzo-abril del año 2019. Es por ello, que se planteó como hipótesis de investigación, la existencia de asociación entre la hipertensión arterial y la percepción de soledad social, y como hipótesis nula, la presión arterial es independiente de la percepción de soledad social en los habitantes mayores de 55 años de la comunidad estudiada.

La población estuvo constituida por 92 habitantes mayores de 55 años de la mencionada comunidad. Fueron criterios de exclusión: pacientes menores de 55 años, personas con amputación de ambos miembros superiores, personas con enfermedades mentales: incapacidad como demencia y personas con discapacidades sensoriales (sordos y ciegos simultáneamente).

Se citaron los pacientes a la casa comunal del sector, se obtuvo el consentimiento informado de los habitantes mayores de 55 años de la misma, dando lectura de este e informando verbalmente el procedimiento a realizar el cual consistió en; recolección de datos sociodemográficos (edad, sexo, situación laboral, estado civil, nivel educativo), aplicación del test ESTE-II de la percepción de la soledad social previamente validado por Pinel y Rubio, se interrogó sobre el diagnóstico previo de hipertensión arterial dado por un médico el cual indicó tratamiento antihipertensivo y toma de la presión arterial antes y después de la realización del test, siendo llenado este último por el paciente o asistido por el responsable en caso de solicitar ayuda.

Se destaca que la toma de la presión arterial fue mediante el método clínico auscultatorio de presión arterial en consulta (PAC) con un instrumento calibrado y validado, con un brazalete que sobrepasó al menos el 80% del brazo, según lo establecido en el octavo informe del Joint National Committee de hipertensión arterial (JNC 8).

Los habitantes fueron distribuidos en dos categorías, normotensos e hipertensos,

siendo clasificados como normotensos los habitantes mayores de 55 años sin diagnóstico previo de hipertensión y/o con cifras de PA para edades entre 55 – 59 años de PAS 140 mmHg y/o PAD 90 mmHg, y aquellos habitantes con edad ≥ 60 años con cifras de PAS 150 mmHg y/o PAD 90 mmHg; se clasificaron como hipertensos los habitantes mayores a 55 años con diagnóstico previo de hipertensión arterial y/o aquellos con edades entre 55 – 59 años que presentaron cifras de PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg, y aquellos habitantes con edad ≥ 60 años con cifras de PAS ≥ 150 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg. Dichos datos fueron recolectados en la parte IV del test sobre presión arterial.

El resultado del Test ESTE II categorizó a la soledad social en: percepción de soledad social baja, media y alta, siendo la primera también denominada como "sin soledad" mientras que las dos últimas (media y alta) denominada en este estudio como "con soledad".

Una vez completada la recolección de muestras se procedió a su procesamiento. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18 para Windows cuyos datos se representaron en cuadros, utilizando la estadística descriptiva con valores absolutos, medida de resumen el porcentaje, tendencia central (el promedio), dispersión y de asociación (Chi cuadrado; x^2).

RESULTADOS

Al analizar la distribución de los habitantes según sus características generales, se pudo observar que 63% correspondió al sexo femenino, en cuanto a edad 52.2% se encontraron entre las edades de 55 y 64 años, con relación al estado civil 41.3% manifestó estar casado, respecto al nivel educativo 23.9% expresó no haber culminado sus estudios de primaria, por último 76.1% se encontraron inactivo en cuanto a su situación laboral (cuadro 1).

Al estudiar la prevalencia de hipertensión arterial en los habitantes, se observó que 65.2% son hipertensos y 34,8% son normotensos al momento de ser evaluado (cuadro 2), la prevalencia de la percepción de soledad social se observó que 65,2% de los habitantes presentó percepción de soledad social medio, 31,5% de los habitantes presentó percepción de soledad social bajo y 3,3% de los habitantes obtuvo percepción de soledad social alto (cuadro 3).

Al estudiar la relación entre la presión arterial y la percepción de soledad social, se observó que, de los habitantes con percepción de soledad social alto, 66,7% fueron hipertensos, y 33,3% fueron normotensos. Por otra parte, los habitantes con percepción de soledad social medio, 68,3% fueron hipertensos mientras que 31,7% fueron normotensos. De los habitantes con percepción de soledad social bajo, 58,6%

fueron hipertensos mientras que 41,4% fueron normotensos (cuadro 3).

Al estudiar la distribución de las personas de acuerdo con la percepción de soledad social y la presión arterial, se observó que los habitantes con percepción de soledad social, 68,3% fueron hipertensos mientras que 31,7% fueron normotensos, de los habitantes sin percepción de soledad social, 58,6% fueron hipertensos mientras que 41,4% fueron normotensos (cuadro 4). Asimismo, se encontró que no hubo la asociación entre la percepción de soledad social y la presión arterial estadísticamente significativa (p=0,367) (cuadro 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es bien conocido que la soledad guarda relación con diferentes datos sociodemográficos, en este estudio se obtuvo que, según sexo, predominó el femenino con 63%; según edad la mayoría de los habitantes, 52,2%, se encontraban entre un rango de edad entre 55 a 64 años; según el estado civil, predominaron los habitantes casados con 42,3%, seguidos de los solteros que representaron 19,6%; con respecto al nivel educativo, 23,9% cursaron primaria incompleta, mientras que 21,7% cursó primaria completa y según la situación laboral predominó la inactividad con 76.1%.

En esta investigación se demostró que la prevalencia de la percepción de soledad social representó 68,5% del total de los habitantes estudiados, datos semejantes a los obtenidos por Fullerton y colaboradores en Chile en 2017, donde refieren que existen altos niveles de soledad en adultos mayores, representando 61,18% de la población estudiada. A su vez se presenta un porcentaje mayor que los conocidos en las estadísticas estudiadas por Polack, en Estados Unidos, las cuales consideran alarmante dicha entidad, demostrando que 47% de la población adulta total del país la padece; de igual forma, Anil y colaboradores en la India en 2016, determinaron que la prevalencia de la soledad fue de 37,6% entre la población de ancianos. Todos estos porcentajes siendo inferiores al obtenido en la población estudiada. En la actualidad se considera la soledad como un fenómeno infra diagnosticado (López y colaboradores), tal aseveración ha sido evidenciada a través de la presente investigación en la comunidad Antonio Carillo, Barquisimeto, Venezuela.

Por su parte en cuanto a la hipertensión arterial (HTA), la prevalencia de la población estudiada alcanzó 65,2%, considerando que la misma solo tomo como objeto de investigación a los adultos mayores de 55 años, contrastando ampliamente con los datos ofrecidos por el estudio CARMELA donde la prevalencia general de HTA en Barquisimeto fue de 24,7%. Asimismo, se pudo observar que no hubo asociación estadísticamente significativa entre la presión arterial y la percepción de soledad social

(p > 0.05), sin embargo, 68,3% de los habitantes con percepción de soledad social fueron hipertensos.

En conclusión, se determinó que, en los habitantes mayores de 55 años de la comunidad Antonio Carrillo de la parroquia Juan de Villegas, Barquisimeto, estado Lara, Venezuela, predominó el sexo femenino (63%); asimismo, la mayoría de los habitantes se encontraron entre un rango de edad de 55 a 64 años (52,2%); prevalecieron los habitantes casados (41,3%); con nivel educativo bajo de primaria incompleta (24%) y predominó la inactividad (76,1%).

En el mismo orden de ideas, se comprobó que 65,2% de la población fue hipertensa, dato alarmante, ya que supera a las estadísticas anteriores corroboradas en este estudio y en cuanto a la percepción de soledad social, se evidenció que 68,5% de la población presenta la misma, siendo este un alto porcentaje, el cual no había sido estudiado a la fecha en el país, denotándose como un problema para la salud pública, ya que se encuentra presente y debe ser conocido por el personal médico y de ciencias afines. De igual forma, al realizarse la asociación entre la presión arterial y la percepción de soledad social, se precisó que de los habitantes con percepción de soledad social 68,3% fueron hipertensos, sin embargo, estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos (p>0.05) posiblemente debido a la pequeña población estudiada. Esta investigación permite ser una piedra angular para el entendimiento sobre como los factores psicosociales pueden repercutir en la salud de la población, especialmente en los ancianos, una población desfavorecida en el ámbito biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donnel C, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61(3):299-310.

2. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. Seventh Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003 Dec;42(6):1206-52.

3. Bangalore S, Gong Y, Cooper-DeHoff R, Pepine C, Messerli F. Eighth Joint National Committee Panel Recommendation for Blood Pressure Targets Revisited. Results from the INVEST Study. J Am Coll Cardiol. 2014 Aug;64(8):784-793.

4. Maicas C, Fernández E, Alcalá J, Hernández P, Rodríguez L. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Monocardio. 2003;5(3):141-160.

5. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht S, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged

men and women. Psychoneuroendocrinology. 2004 June;29(5):593-611.

6. Cacioppo J, Hawkley L, Crawford L, Ernst J, Burleson M, Kowalewski R. Loneliness and health: Potential mechanisms. Psychosomatic Medicine. 2002;64(3):407-417.

7. Ning X, Huige L. Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. Antioxid Redox Signal. 2018;28(9):837–851.

8. Cacioppo J, Cacioppo S, Capitanio J, Cole S. The neuroendocrinology of social isolation. Annu Rev Psychol. 2015;3(66):733-67.

9. Patterson A, Veenstra, G. Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. Social Science & Medicine. 2010;71(1):181-186.

10. Obisesan T. Among elderly men, feelings of loneliness are associated with increased 10-year mortality risk, independent of social isolation and medical and psychiatric conditions. Evidence-based Nursing. 2012;16(2):66-67.

11. Cacioppo J, Cacioppo S. The growing problem of loneliness. The Lancet. 2018;391(10119):426.

12. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Raback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. The Lancet. 2017;2(6):260-266.

13. Mayer R. [Página principal en Internet]. Argentina: Intramed; c2016 [actualizado ene 2016; citado 13 Feb 2019]. La soledad como objeto de estudio científico; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: https://www.intramed.net/contenidover. asp?contenidoID=88422

14. Cortes H. La soledad, ¿una epidemia moderna?. El Colombiano. 03 de febrero de 2018. Sección: Salud. Página 4.

15. López D, Del Río F, Ruiz A. Análisis Psicométrico de la Escala de Soledad de UCLA (Versión 3) en una muestra de guardias civiles. Apuntes de psicología. 2014;32(3):289-294.

16. Rubio M, Alexandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. Multidisciplinar de Gerontología. 2001;11:23-28.

17. Álvarez S. El hombre y su soledad: una introducción a la ética. 1a ed. España: Editorial Sígueme; 1983. 64-82.

18. Weiss R. Loneliness: the experience of emotional and social isolation. 1st ed. Cambridge Mass: M.I.T Press; 1973. 22-25.

19. Stokes J. The relation of social network and individual difference variables

to loneliness. J PersSocPsychol. 1985;48(4):981-990.

20. Aartsen M, Jylhä M, Eur J. Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study. European Journal of Ageing. 2011;8(1):31-38.

21. Pinquart M, Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. Basic ApplSoc Psych. 2001;23(4):245–266.

22. Holt-Lunstad J, Smith T, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspect Psychol Sci. 2015 Mar;10(2):227-37.

23. Rubio R, Pinel M. La soledad en los mayores españoles. Una alternativa de solución en la escala ESTE. IMSERSO. Granada. 2009. [citado 13 Feb2019]. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf

24. Rubio R, Rico A. La Escala "ESTE", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. Geriátrika. 1999;15(9):26-35. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/ documentos/rubio-soledad-02.pdf [Citado 12 Feb 2019].

25. Cardona J, Villamil M, Henao E, Quintero A. Validación de la escala "ESTE" de soledad en la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010;28(3):416-27.

26. Pinel M, Rubio L, Rubio R. Un Instrumento de Medición de Soledad Social: Escala ESTE II. Universidad de Granada [Internet]. 2009 [Citado 13 Feb 2019] Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf.

27. Hawkley L, Masi C, Berry J, Cacioppo J. Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. Psychology and Aging. 2006;21(1):152-164.

28. Thurston R, Kubzansky L. Women, Loneliness, and Incident Coronary Heart Disease. Psychosom Med. 2009;71(8):836-842.

29. Hawkley L, Thisted R, Masi C, Cacioppo J. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychology and Aging. 2010;25(1):132-141.

30. Abolfathi Y, Tengku A, Suraya Y, Rahimah I, SenTyng C, et al. Loneliness as a Risk Factor for Hypertension in Later Life. Journal of Aging and Health. 2012;24(4):696–710.

31. Anil R, Prasad K, Puttaswamy M. The prevalence of loneliness and its determinants among geriatric population in Bengaluru City, Karnataka, India. Int J Community Med Public Health. 2016;3(3):246-251.

32. Fullerton C, Arteaga M, Barnet N, Barrios D, Burgos I, González M, et al. Prevalencia y niveles de soledad en adultos mayores asistentes a actividades de la municipalidad de Vitacura. Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2017;13(3):312-318.

33. Polack, E. New Cigna Study Reveals Loneliness at Epidemic Levels in America [Internet]. USA: Cigna, a Global Health Insurance and Health Service Company; 2018 [citado 1 marzo 2019]. Disponible en: https://www.cigna.com/newsroom/news-releases/2018/new-cigna-study-reveals-loneliness-at-epidemic-levels-in-america

34. El Nacional. Una de cada tres personas en Venezuela es hipertensa [Internet]. Venezuela: El Nacional; 2007 [citado 24 marzo 2019]. Disponible en: http://www.el-nacional.com/noticias/salud/una-cada-tres-personas-venezuela-hipertensa_192521#

35. Deutsche Welle. ONU: Número de inmigrantes venezolanos se eleva a 4 millones [Internet]. Venezuela: Deutsche Welle; 2019 [Citado 16 feb 2019]. Disponible en: https://p.dw.com/p/3DsVJ

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD ANTONIO CARRILLO, BARQUISIMETO, VENEZUELA, SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES EN EL PERIODO MARZO-ABRIL DEL AÑO 2019.

CARACTERISTICAS GENERALES	HABITANTES	
	N°	%
SEXO		
Masculino	34	37
Femenino	58	63
Total	92	100
EDAD		
55-64	48	52,2
65-74	35	38
75-84	8	8,7
85-94	1	1,1
Total	92	100
ESTADO CIVIL		
Soltero	18	19,6
Casado	38	41,3
Divorciado	6	6,5
Viudo	14	15,2
Unión estable (concubinato)	16	17,4
Total	92	100
NIVEL EDUCATIVO		
Analfabeta	9	9,8
Primaria incompleta	22	24
Primaria completa	20	21,7

Secundaria incompleta	14	15,2
Secundaria completa	14	15,2
Técnico medio	5	5,4
Universitario	8	8,7
Total	92	100
SITUACION LABORAL		
Activo	22	23,9
Inactivo	70	76,1
Total	92	100

CUADRO N° 2.

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD ANTONIO CARRILLO, BARQUISIMETO, VENEZUELA, EN EL PERIODO MARZO-ABRIL DEL AÑO 2019.

PRESION ARTERIAL	**N°**	**%**
Hipertensos	60	65,2
Normotensos	32	34,8
TOTAL	92	100

CUADRO N° 3.

PREVALENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL EN LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD ANTONIO CARRILLO, BARQUISIMETO, VENEZUELA, EN EL PERIODO MARZO-ABRIL DEL AÑO 2019.

PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL	N°	%
Alto	3	3,3
Medio	60	65,2
Bajo	29	31,5
TOTAL	92	100

CUADRO N° 4.

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES DE LA COMUNIDAD ANTONIO CARRILLO, BARQUISIMETO, VENEZUELA, SEGÚN PRESIÓN ARTERIAL Y LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL.

PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL	PRESIÓN ARTERIAL					
	Hipertensos		Normotensos		**Total**	
	N°	**%**	**N°**	**%**	**N°**	**%**
Alto	2	66,7	1	33,3	3	100
Medio	41	68,3	19	31,7	60	100
Bajo	17	58,6	12	41,4	29	100
Total	60	65,2	32	34,8	92	100

CUADRO N° 5.

DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES DE LA COMUNIDAD ANTONIO CARRILLO, BARQUISIMETO, VENEZUELA, SEGÚN PRESIÓN ARTERIAL Y LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL.

PERCEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL	PRESIÓN ARTERIAL					
	Hipertensos		Normotensos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con soledad	43	68,3	20	31,7	63	100
Sin soledad	17	58,6	12	41,4	29	100
Total	60	65,2	32	34,8	92	100
	$x^2=0,812$		$p=0,367$			