



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Factores que inciden en mal control de presión arterial en la
población hipertensa del Consultorio de Río Bueno, durante el mes
de Septiembre del año 2002

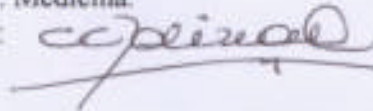
Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al grado de Licenciado en En-
fermería.

Carla Vanessa Morales Esparza
Valdivia Chile 20003

Profesor patrocinante:

Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz.
Profesión : Enfermera y Matrona.
Grados : Magister en Enfermería.

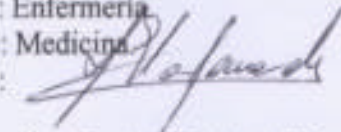
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :



Profesores Informantes:

1) - Nombre : Sra. Rosa Elena Parada Hinojoza.
- Profesión : Enfermera.
- Grados : Magister en Desarrollo Rural.

- Instituto : Enfermería.
- Facultad : Medicina.
- Firma :



2) - Nombre : Sra. Ursula Haberland Kocking.
- Profesión : Enfermera.
- Grados : Magister en Enfermería, mención en Salud Comunitaria.

- Instituto : Enfermería.
- Facultad : Medicina.
- Firma :



Fecha de Examen de Grado: 05 de Marzo 2003.

RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del corazón, lo que la transforma en un problema de salud pública, con alta prevalencia en la población.

Por otro lado su relación con factores de tipo individual, familiar, social y los escasos resultados obtenidos de la actual intervención, hacen necesario un estudio pasando desde una mirada individual a otra integral, donde sea considerada la red social del paciente.

Se realizó un estudio de tipo transversal, retrospectivo, a una población de 56 personas con mal control de presión arterial que asisten al programa en el mes de septiembre del 2002 en el Consultorio de Río Bueno, cuyos criterios de selección fueron: poseer entre 35 a 64 años, pertenecer a la zona urbana y estar bajo tratamiento farmacológico.

La recolección de la información se realizó a través de un instrumento diseñado para ese fin, aplicado en el domicilio de los pacientes. Se logra encuestar concretamente a 43 personas, excluyéndose los que no se encontraban en el domicilio o no deseaban participar del estudio.

En relación a los resultados, se observa que los pacientes obtuvieron cifras de presión arterial que se ubicaron principalmente en la etapa I (140 – 159 presión sistólica y 90 – 99 presión diastólica), luego en la etapa II (160 – 179 presión sistólica y 100 – 109 presión diastólica) y finalmente en la etapa III (180 – 209 presión sistólica y 10 – 119 presión diastólica).

Respecto a los factores que incidirían en la obtención de cifras tensionales elevadas destaca: como factor individual el analfabetismo presentándose en un tercio de la población, como factores sociales la falta de compromiso de la familia en el tratamiento en la mitad de la población y el apoyo insuficiente brindado por la red social que afectarían en la aparición de otros factores de riesgo como es el incumplimiento de las indicaciones alimentarias y aumento de la actividad física, la obesidad y la desinformación a cerca de la patología y tratamiento. Todos estos se relacionarían directamente con las cifras tensionales, ya que la mayoría de los pacientes que presentan estas características se encuentran en etapas mas malignas de la enfermedad (II y III).

4. SUMMARY

High Blood Pressure is main risk factor of mortality due to vascular brain and ischemic heart sickness, which are considered a public health problem in the population.

On the other hand its relationship with individual, family and social factors together with the scarce results obtained make a study necessary going from an individual view to an integral one where the patient's social net should be considered.

A transversal type of study was carried out in population of 56 people with a poor controlled blood pressure. These people attended the program in September 2002 at the Consultorio de Río Bueno whose selection criteria were: to be between 35 to 65 years old, to belong to the urban zone, to be under pharmacological treatment.

The gathering of information was through an instrument designed for this purpose applied in the patient's home. 43 people were surveyed excluding those who were not found in their homes or did not want to participate in the study.

In relation with the studies, it was observed that patients obtained blood pressure figures which were mainly located in stage I (140 – 150 systolic pressure and 90 – 99 diastolic pressure), in stage II (160 – 179 systolic pressure and 100 – 109 diastolic pressure) and, finally, in stage III (180 – 209 systolic pressure 110 – 119 diastolic pressure).

Regarding the factors influencing high pressure figures are: as an individual factor, illiteracy in a third the population; as social factors, the lack of engagement of the family the treatment in half of the population and the insufficient support provided by the social net, resulting in the appearance of other risk factors such as the unfulfillment of the food prescription and the increasing of the physical activity, obesity and lack of information concerning the pathology and treatment. All these factors are directly related with the pressure figures since the majority of patients having these characteristics are the more serious stage of the sickness (II and III).

1. INTRODUCCION

Desde sus inicios se le reconoce al hombre su capacidad de adaptación, que según Darwin se define como: el acoplamiento de un organismo a su medio ambiente; así lo evidenció el fósil más antiguo en las colinas de Siwalk, Pakistán, que data de hace aproximadamente 12 millones de años, en el cual se observó a simple vista las diferencias físicas con el hombre actual, evolución acontecida durante toda la línea del tiempo.

Se pudo conocer también que desde esa época el hombre realizaba actividades que optimizaban su calidad de vida, como por ejemplo: destinar un lugar específico para la mantención de la basura, la utilización de diferentes herramientas según sus distintos quehaceres, entre otros.

Otro factor característico e importante del ser humano para lograr esta adaptación, es la aptitud de desarrollar tecnologías para modificar el ambiente que le rodea, la elaboración de medios de transporte, de máquinas para hacer bienes de consumo y para transmitir y procesar información.

El hombre actual a diferencia del antiguo, no concentra sus poderes de adaptación en necesidades primarias, como: alimentación, abrigo u otras, sino su capacidad de acoplamiento al medio ambiente se dirige hacia el trabajo, la autorrealización y la mantención de un núcleo familiar óptimo.

Este afán de autorrealización se busca especialmente a través del trabajo, lo que ha llevado al hombre actual a estilos de vida incompatibles con su organismo y su buen funcionamiento. El cambio del ser humano no sólo se ha dado en el ámbito conductual, sino también en lo que respecta a enfermedades.

Patologías infectocontagiosas fueron las principales afecciones durante el siglo XIX y a principios del XX, situación que disminuyó desde el descubrimiento de la Penicilina. Este tipo de descubrimientos en la medicina y otros avances, hicieron aumentar la expectativa de vida con la cual se incrementó la población mayor de 65 años. Agregado a esto, la calidad de vida actual, el estrés, la mala alimentación y el sedentarismo desemboca en la aparición de otro tipo de enfermedades, las **CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**.

Las enfermedades crónicas, son aquellas que una vez desarrolladas acompañan al individuo durante toda la vida, es el caso de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA).

La HTA. se define como la obtención de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90 mm Hg y su importancia radica en su rol causal de enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en Chile.

Según el National Lung and Blood Institute de Estados Unidos, el 20% de los adultos mayores de 40 años son hipertensos en ese país. Estudios realizados en Chile por el Ministerio de Salud (Minsal) en la década de los 80, indican que había 1.700.000 hipertensos, número que ha aumentado significativamente.

Por esto se han creado medidas para intervenir en este problema. Es el caso del programa de salud del adulto con el sub programa de Hipertensión Arterial, que se desarrolla en todos los establecimientos de atención primaria del país, los cuales brindan atención a todos los pacientes beneficiarios del sistema público, que padezcan estas patologías, a través de controles periódicos realizados mayoritariamente por la enfermera, quién tiene la misión de educar a los pacientes con respecto a salud, tratamiento de la patología y adaptación a un estilo de vida saludable.

A pesar de todo esto, se puede decir que sólo un pequeño porcentaje de éstos tiene su presión arterial dentro de límites de normalidad.

Es el caso del Consultorio de Río Bueno, lugar en se otorgó atención durante el mes de septiembre a 223 pacientes de los cuales 117, es decir el 52,5% obtuvo mal control de presión arterial.

Dada la magnitud del problema, se hace necesario para enfermería, conocer cuales son los factores que impiden que estos pacientes normalicen las cifras de presión arterial, y si estos factores se relacionan con ellos mismos, su familia o entorno. Esta información permitirá reorientar la atención de enfermería otorgada a estos pacientes.

2. MARCO TEORICO

La Hipertensión Arterial (HTA) consiste en una serie de mecanismos fisiopatológicos que desembocan en la elevación persistente de los valores de presión arterial sistólica de 140 mm Hg. y diastólica de 90 mm Hg. Por lo tanto se considera hipertenso, para el programa de salud del adulto, a todo individuo de 18 años y más con cifras tensionales iguales o superiores a éstas.

Su importancia recae en que contribuye de forma notable a la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte en Chile desde 1969, representando en términos proporcionales un 29% del total de defunciones durante la década de los 90.(Ministerio de Salud, 1995).

Se considera que los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las dadas por las enfermedades cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón. La HTA se convierte en un problema de salud pública, pues constituye uno de los factores de riesgo más importantes para ambas patologías.

Durante la década de los 80, la mortalidad por E. Cerebrovasculares e isquémicas del corazón, fue de 65,5 y 61,6 por cien mil habitantes respectivamente, si bien estas cifras ha disminuido en la actualidad (52,3 por cien mil para las E. Cerebrovasculares y 53 por cien mil habitantes para las isquémicas del corazón, durante el año 2000) siguen siendo consideradas por el Minsal como una importante amenaza para la población, especialmente para los mayores de 65 años, que posee una tasa de mortalidad por estas patologías de 1.133,2 por cien mil habitantes.

Respecto al sexo, la mortalidad por ambas enfermedades es más frecuente en el sexo masculino, en todos los grupos etáreos.

La Hipertensión Arterial representa una condición de alta prevalencia en la población adulta. En Chile alcanza un 18,8% en forma global en el conjunto de adultos, con cifras inferiores al 10% de prevalencia en la población de menores de 35 años y superiores al 50% en personas de 65 y más años. (MINSAL, 1995).

Otra cifra importante es la que corresponde al número de pacientes con HTA que son controlados en el sub-programa de Hipertensión Arterial, a lo largo de todo el país (tabla N° 1).

TABLA N° 1: Población en control por hipertensión arterial, según grupo de edad, por Servicio de Salud - Diciembre 2001.

SERVICIO DE SALUD	GRUPO DE EDAD			
	TOTAL	10 a 19	20 a 64	65 y más
CHILE	517.695	98	265.040	252.557
ARICA	6.316	4	3524	2.788
IQUIQUE	5.568		3330	2.238
ANTOFAGASTA	6.107	3	666	5438
ATACAMA	3.826	1	3001	824
COQUIMBO	19.981	23	9684	10274
VALPARAISO - SAN ANTONIO	21.573	7	11076	10.490
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	30.145		15584	14561
ACONCAGUA	12.077	1	5890	6.186
METROP NORTE	32.015		15645	16.370
METROP OCCIDENTE	36.234		19877	16.357
METROP CENTRAL	17.546		7642	9904
METROP ORIENTE	31.572	4	16044	15.524
METROP SUR	36.168	9	19599	16560
METROP SUR - ORIENTE	16.880		543	16.337
LIBG B O'HIGGINS	28.776	6	13727	15043
MAULE	45.470	13	25608	19.849
ÑUBLE	25.947	7	15222	10.718
CONCEPCION	22.145	1	11346	10.798
ARAUCO	6.254	7	2110	4.137
TALCAHUANO	11.786	1	6247	5.538
BIO - BIO	9.201		7962	1239
ARAUCANIA NORTE	11.468	1	5895	5572
ARAUCANIA SUR	27.540		15255	12285
VALDIVIA	18.173	4	10247	7.922
OSORNO	11.020		6299	4.721
LLANCHIPAL	15.878	5	8544	7.329
AYSEN	3.350	1	1934	1415
MAGALLANES	4.679		2539	2.140
FUENTE: MINISTERIO DE SALUD				

Se puede observar que el total de hipertensos en control del país corresponde sólo a 517.695 pacientes, de un total de 2.820.000 individuos que padecen esta patología (MINSAL, 1995).

El número de usuarios que pertenecen al programa de HTA. en el Servicio de Salud Valdivia es de 18.173.

Existen evidencias clínicas que demuestran que en el origen de la HTA participan: Sistema Nervioso Simpático (S.N.S.), la angiotensina, el contenido de sodio y los cambios de la reactividad y morfología vascular.

El centro vasomotor se localiza en el bulbo raquídeo del encéfalo. De dicho centro nacen fibras del sistema nervioso central (S.N.C.) que descienden por la medula espinal y salen de ésta a la altura de los ganglios simpáticos torácicos y abdominales.

La estimulación del centro vasomotor origina la transmisión de impulsos por el S.N.S. hasta los ganglios homónimos. En éstos, las neuronas preganglionares liberan acetilcolina que estimula las fibras nerviosas postganglionares que llegan a los vasos sanguíneos donde la liberación de noradrenalina provoca vasoconstricción de dichos conductos, produciendo un aumento de la presión arterial. (BRUNNER y col. 1994).

Existen numerosas evidencias según estudios realizados por el Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC), que algunas subpoblaciones de pacientes con HTA esencial, tienen hiperactividad del simpático, los pacientes especialmente jóvenes con HTA. de corta evolución, presentan mayores niveles de catecolaminas circulantes, junto a manifestaciones clínicas de hiperactividad simpática como: taquicardia, mayor incremento de la presión en posición de pie y sudoración.

Otra causa vasoconstrictora esta dada por la estimulación de las glándulas suprarrenales. La médula de ésta secreta adrenalina, en tanto que la corteza libera cortisol y otros esteroides. Estas secreciones originan una disminución del flujo sanguíneo y la consecuente liberación de renina, sustancia que provoca la formación de angiotensina, potente vasoconstrictor, que a su vez, causa la secreción de aldosterona de la corteza suprarrenal. Esta es una hormona que fomenta la retención hidrosalina en los túbulos renales, lo que causa un aumento del volumen sanguíneo.

Los pacientes con HTA. suelen ser asintomáticos y permanece así durante muchos años. La aparición de síntomas por lo general indica lesiones vasculares, y las manifestaciones específicas dependen de los sistemas y aparatos que irrigan los vasos afectados.

La HTA. se clasifica según la magnitud de las cifras de presión arterial, en 4 etapas en orden creciente como se muestra en la tabla 2.

TABLA N° 2: Clasificación de la presión arterial en adultos de 18 años y más

Categoría	Presión Arterial (mm Hg)	
	Sistólica	Diastólica
Normal	<130	<85
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión Arterial		
Etapa 1	140 - 159	90 - 99
Etapa 2	160 - 179	100 - 109
Etapa 3	180 - 209	110 - 119
Etapa 4	> o igual 210	> o igual 120

FUENTE: MINSAL.

Para clasificar a un individuo en una categoría, se promedia al menos dos mediciones de presión arterial, tomadas en dos o más controles sucesivos, distintos al control inicial.

Cuando el nivel de presión sistólica y diastólica, corresponden a categorías distintas, se toma la categoría más alta para clasificar al individuo.(MINSAL, 1995).

Según las Normas Técnicas de la HTA. del año 1995, la frecuencia de los controles clínicos dependen de la magnitud de las cifras tensionales, la repercusión orgánica y de las dosis de antihipertensivos indicados.

El paciente hipertenso etapa 1 al que se le indican medidas no farmacológicas, debe controlarse a los 2 a 3 meses de evaluado, para seguir en controles cada 6 meses.

El paciente etapa 1 y 2 con tratamiento farmacológico deberá controlarse al mes de iniciado el tratamiento, para luego quedar con controles cada 3 meses.

Si el paciente se encuentra en etapa 3, debe controlarse semanalmente o bisemanalmente, hasta lograr un buen control de presión, luego al mes y posteriormente cada tres meses.

Todo esto depende de las cifras tensionales que presenten los pacientes en los controles, de acuerdo a esto, se clasificarán en: buen, regular y mal control, como se muestra en la tabla 3.

TABLA N° 3: Clasificación de los controles según cifras tensionales

Control	Cifras Tensionales mm Hg.
Buen control	< o igual a 130/85
Regular control	131 - 140 86 - 90
Mal control	> o igual a 140/90

FUENTE: MINSAL 1995

El tratamiento de la HTA consta de dos componentes que se deben seguir simultáneamente, estos son:

- Tratamiento no farmacológico -----> Cambios en el estilo de vida
 - Alimentación
 - ↓
 - Restricción de sal
 - Aumento del ejercicio físico
 - ↓
 - Disminución de peso .
- Tratamiento farmacológico (en el caso de que el individuo lo necesite).

La reducción de peso en pacientes obesos se asocia con reducción de cifras tensionales por cada kilogramo de peso disminuido, existiría una disminución de 1,6 a 1,3 mm Hg para las presiones sistólicas y diastólicas. (LEZAUN, 1999)

La sal tiene un rol importante en el desarrollo de la HTA, en un individuo con alteraciones en el manejo renal del sodio o en la permeabilidad celular que producen un aumento de la volemia y la retención intracelular de sodio. La reducción de sal actúa en forma similar al uso de diuréticos, disminuye el volumen plasmático, el sodio intracelular y la reactividad vascular.(MINSAL, 1995)

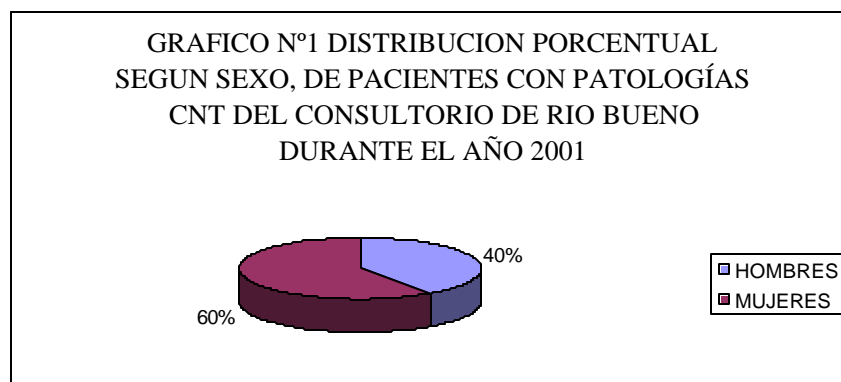
Existe una relación inversa entre la actividad física y la presión arterial. El ejercicio dinámico regular produce vasodilatación transitoria, la que se hace permanente con el entrenamiento. A su vez disminuye el estrés, facilita la mantención de peso adecuado, el descenso de los lípidos, disminución del consumo de cigarrillos y alcohol.

En relación al tratamiento farmacológico existen varias familias de fármacos antihipertensivos, cada uno de ellos actúa en uno o más de los mecanismos que controlan normalmente la presión arterial. Existen medicamentos específicos capaces de reducir la volemia, el tono simpático y la resistencia periférica.

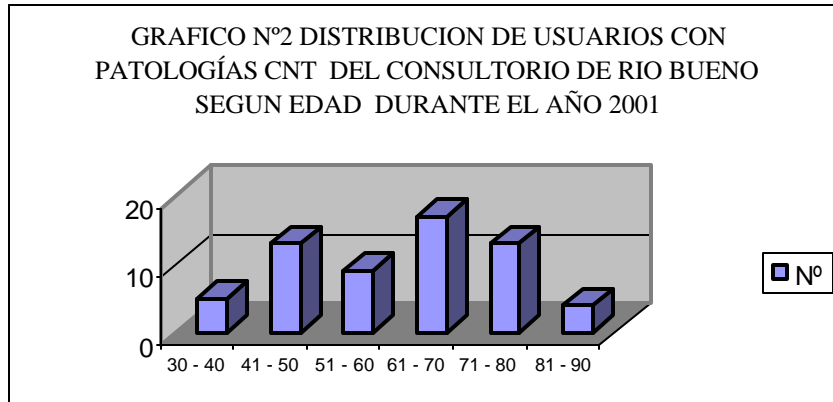
El objetivo terapéutico según la OMS es conseguir una presión arterial inferior a 140/90 mm Hg para pacientes con HTA sistólica y diastólica, obtener una presión arterial de 120 – 130/80 mm Hg para pacientes jóvenes con HTA moderada, de esta misma forma conseguir una presión arterial de 140 mm Hg para pacientes con HTA sistólica (LEZAUN, 1999).

Las acciones para el control y seguimiento de los pacientes con HTA. corresponde al ámbito del Programa de Salud del Adulto, dentro del Departamento de Programas de Personas de cada Servicio de Salud. Es lo que se realiza en el Consultorio de Río Bueno en donde se atienden a 1414 pacientes con patologías crónicas no transmisibles (CNT) cómo: HTA, Diabetes Mellitus y ambas.

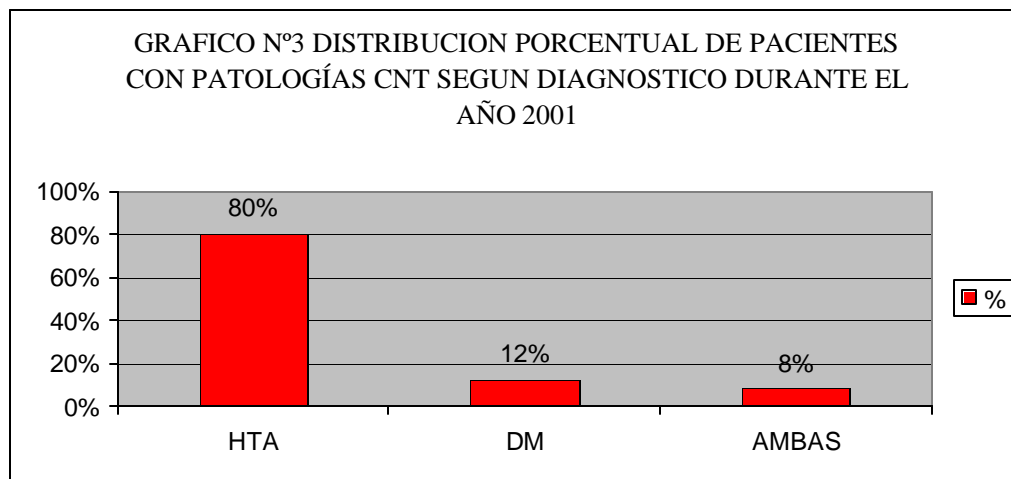
La población de usuarios con patologías CNT del Consultorio de Río Bueno se distribuye de la siguiente forma:



Fuente: Programación y evaluación de la atención de enfermería en Consultorio de Río Bueno, Internado 2002.



Fuente: Idem.



Fuente: Idem.

Se puede destacar que se trata de una población compuesta mayoritariamente por mujeres. Sus edades comprenden una variada gama que va desde los 30 a los 80 años, predominando el grupo etáreo de 61 a 70 años y en segundo lugar el rango de edad 41 a 50 años. En cuanto a patología, existe un claro predominio de la Hipertensión Arterial en un 80% (1039 pacientes).

La atención a los pacientes que padecen CNT, es otorgada por: 1 médico, 2 enfermeras y 3 técnicos paramédicos.

El objetivo de la intervención del equipo de salud, es alcanzar cifras tensionales en el nivel normal, normal alto y modificar los estilos de vida, actuando sobre los factores de riesgo.

Sin embargo, existe un elevado porcentaje de fracaso, manifestado por la no adherencia a las indicaciones médicas o de enfermería y también otros múltiples factores desconocidos que pueden estar interviniendo.

Existen evidencias que sugieren que el ambiente social, la familia, la comunidad y el trabajo pueden influir en la salud. El ambiente social está constituido por la red social con sus funciones de promoción del compromiso social, para la adopción de conductas relevantes para la salud. La influencia social es un gran aporte para el proceso de cambio de conducta y para la adquisición de comportamientos saludables. (CARO, 1999)

En 1984, Prochaska y Diclemente formularon la hipótesis que los cambios de conducta siguen una serie de etapas, ya sea, en los cambios espontáneos como en las recomendaciones terapéuticas. Estas se denominan etapas de cambio, que se inician con una llamada precontemplación, cuando el individuo no plantea la necesidad de cambio. En la segunda etapa de contemplación, el individuo piensa seriamente en intentar un cambio.

Por último, la etapa de mantenimiento es la consolidación del nuevo hábito.(PROCHASKA Y DICLEMENTE, 1984)

Conjuntamente con estas etapas, existen factores que motivan la adquisición de una nueva conducta saludable:

- Poseer conocimiento de cuales son las formas de comportamiento saludable y el por que de su importancia.
- Mantener actitudes saludable, es decir, en asumir responsabilidades y compromisos individuales, lo que es muy importante para un cambio permanente en la conducta.

Ambos factores están fuertemente relacionados con la influencia que ejerce la red social, específicamente en el caso de los pacientes con HTA, el conocimiento proviene de los profesionales que brindan los controles, y la mantención de actitudes saludables acompañadas de la influencia y apoyo familiar, son más perdurables en el tiempo. Estos factores desembocan en el desarrollo de un sentimiento que manifiesta el control de la vida, el autocontrol incita a la motivación y a la responsabilidad personal para vivir saludablemente. (LOPETEGUI, 2000)

Estudios realizados en Cuba, respecto a la influencia ejercida por el personal de Enfermería en pacientes con HTA, indica que luego de haber recibido educación para la salud utilizando dinámicas familiares, se observa una disminución en factores de riesgo como: tabaquismo, estrés, alimentación inadecuada, consumo de alcohol y también se evidencia un aumento en la adherencia al tratamiento farmacológico. (ALVAREZ, 2000)

Investigaciones realizadas en Chile, indican que, de 80 individuos con HTA. en control estudiados, sólo la mitad puede ser incluido en el grupo de buen control, un tercio de ellos, presenta asistencia a controles y adherencia al tratamiento farmacológico insatisfactorio, y la mitad acusa hábitos alimentarios riesgosos. Paralelamente, se observa que más de la mitad de los pacientes perciben en sus familias una forma relacional inadecuada.

Al correlacionar los datos con las dinámicas familiares, se aprecia que existe una fuerte asociación entre la presencia de eventos de vida y mal control de la HTA, se observa un mejor control de la patología en pacientes provenientes de familias extensas incompletas y nucleares completas, reafirmando la importancia de la familia como influencia para la adquisición de una nueva conducta.(CARO, 1999)

El último mecanismo de la red es el apoyo social, se sabe que el individuo está rodeado de relaciones sociales ya sea con personas, instituciones o comunidades, de las cuales obtienen apoyo emocional, definido como la presencia de vínculos que entregan comprensión, compañía, afecto, consejos y lazos de confianza, e instrumental para satisfacer necesidades tangibles como alimentos o medicamentos, transporte, ser el intermediario con los servicios de salud o como apoyo en información u orientación. La falta de lazos sociales, son fuertes predictores de mortalidad para casi todas las causas de muerte, por lo tanto existe una clara asociación de los vínculos sociales con los indicadores de salud. (MARGOZZINI, 1999).

Se sabe que la fuente de apoyo también es significativa, es decir la percepción del apoyo recibido va a ser diferente, dependiendo de quién provenga.

La familia como fuente de apoyo social, juega un rol determinante en el curso de la enfermedad. Este proceso comienza con la definición de la patología, hasta el cumplimiento del tratamiento dando paso a vivencias, toma de decisiones y cambios de conducta que ocurren en el seno de la familia.

La calidad de la familia como recurso de apoyo, va a depender de factores como el tipo de familia, la etapa del ciclo vital en la que se encuentre, la exposición a eventos o crisis e influencias de la familia de origen.

Por lo tanto, se hace necesario identificar estas relaciones entre los aspectos biopsicosociales de los pacientes hipertensos, la red social, la familia y amigos como apoyo social, para determinar así los factores que llevan a la presencia de cifras tensionales elevadas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer relación entre las características sociodemográficas del paciente hipertenso con mal control y la etapa de Hipertensión Arterial que presenta.

3.1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Clasificar a los pacientes en estudio de acuerdo a las cifras de presión arterial que presenta durante el control de septiembre 2002.
- Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

3.2. OBJETIVO GENERAL

- Establecer las características de la red social de los pacientes hipertensos con mal control y su relación con la etapa de HTA. que presenta.

3.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el tipo de familia del paciente hipertenso con mal control y su relación con la etapa de HTA.
- Determinar el número de integrantes de la familia de los pacientes hipertensos con mal control de presión arterial.
- Identificar el rol que cumple el paciente en la familia y su relación en la presión arterial que presenta.
- Demostrar la percepción del compromiso de la familia en el cumplimiento de las indicaciones del el paciente.

- Determinar el apoyo social que poseen los pacientes hipertensos con cifras tensionales altas.

3.3. OBJETIVO GENERAL

- Determinar algunos factores personales del paciente hipertenso con mal control y la relación con las cifras tensionales que presenta.

3.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la información que poseen los pacientes con mal control de presión arterial, acerca de su condición de salud.
- Señalar el tiempo de permanencia de los pacientes hipertensos en el programa de hipertensión arterial.
- Identificar el cumplimiento de las indicaciones en el hogar y las razones señaladas por el paciente para no cumplirlas.
- Relacionar la presencia de factores de riesgo asociados con la Hipertensión Arterial, y las cifras de presión.

4. MATERIAL Y METODO

La investigación propuesta es descriptiva, transversal, ya que todas las variables se analizaron simultáneamente, y retrospectiva por que las características estudiadas (mal control de presión arterial) se presentaron durante el mes de septiembre del 2002.

4.1. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Durante el mes de septiembre en el Consultorio de Río Bueno, se controlaron a 223 pacientes hipertensos, 146 mujeres, 77 hombres, de los cuales 117 (52%) fueron catalogados como pacientes en mal control, correspondiendo a 74 pacientes del sexo femenino y 43 pacientes del sexo masculino.

El estudio se efectuó en pacientes hipertensos con mal control, pertenecientes a la zona urbana, del grupo etáreo 35 a 64 años, con terapia farmacológica. Esto corresponde a 56 pacientes, 37 mujeres y 19 hombres, previa realización de consentimiento informado. (ANEXO 2).

Se eligió a esta población, por ser el segundo grupo etáreo de mayor prevalencia con HTA; de menor edad y por lo tanto más susceptible a lograr cambios de comportamiento y a la adquisición de conductas saludables, previniendo posteriormente daños, ya que según la teoría de Prochaska (1984) el aumento de la resistencia al cambio sería proporcional al aumento de la edad. La totalidad de ellos con terapia farmacológica, para indagar en la correcta administración de ésta.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no acepten conformar parte del estudio.

Pacientes que se hayan cambiado de domicilio y no se puedan ubicar.

Pacientes que no se encuentren en su domicilio durante dos visitas.

4.3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La recolección de información se realizó a través de una encuesta (ANEXO 1), aplicada por el encuestador durante una entrevista en el domicilio del paciente.

La encuesta contenida en un instrumento diseñado para este fin consta de 41 preguntas, las cuales se dividen en dos ítems. El primer ítem está compuesto por 20 preguntas cerradas de respuesta múltiple y 1 abierta, permitiendo al paciente responder libremente.

El otro ítem, corresponde a la evaluación de los recursos de apoyo social MOS, que fue desarrollado y validado por Sherbourne y Stewart en 1991, para su utilización en pacientes de atención primaria. Consta de 20 afirmaciones, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales del apoyo social y no solamente funcionales. Sus ítems constituyen 4 subescalas que miden el apoyo emocional/ informacional (afirmaciones 3,4,8,9,13,16,17 y 19); el apoyo instrumental o ayuda material (2,3,12,15); la interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción (7,11,14 y18) y el apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño (6,10,20).

Proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un valor máximo de 94 puntos, un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Los valores máximo, medio y mínimo de las subescalas son: 40, 24 y 8 puntos para el emocional/ informacional; 20, 12 y 4 para el instrumental; 20, 12 y 4 para la interacción social positiva y 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.

4.4. MÉTODO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS:

La metodología utilizada para el análisis de los datos es de tipo descriptiva, sintetizada a través de distribuciones de frecuencias.

Para esto se procedió a la definición de los intervalos para el análisis y tabulación de los datos.

La representación de éste análisis se hace a través de tablas.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa computacional Microsoft Excel, Office 2000.

5. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

5.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

5.1.1. Sexo: Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

- Femenino
- Masculino.

5.1.2. Edad: Años cumplidos a la realización del estudio.

- 35 a 44
- 45 a 54
- 55 a 64

5.1.3. Estado civil: Condición conyugal en el momento de aplicada la encuesta.

- Soltero
- Casado
- Viudo.
- Conviviente
- Separado

5.1.4. Escolaridad: Ultimo nivel que aprobó en la enseñanza formal.

- Ninguna.
- Básica incompleta.
- Básica completa.
- Media incompleta.
- Media completa.
- Enseñanza superior incompleta.
- Enseñanza superior completa.

5.1.5. Ocupación: Tipo de trabajo remunerado o no, que realiza actualmente.

- Empleado: contratado por empresa o patrón, recibiendo sueldo mensualmente.
- Trabajador por cuenta propia: no posee contratador o patrón, recibe sueldo no establecido y según ganancias de su trabajo.
- Empleador: contrata, selecciona y dirige al personal para la realización del trabajo.
- Trabajo sin remuneración.

5.2. RED SOCIAL

5.2.1 Número de integrantes en la familia: Numero de personas que residen en la misma casa, compartiendo roles e interaccionando entre sí, teniendo o no lazos consanguíneos.

- 1 a 3 personas.
- 4 a 6 personas.
- 7 a 9 personas.
- 10 y más.

5.2.2. Tipo de familia: Clasificación estructural de la familia, se refiere a un conjunto de elementos relacionados entre sí: personas ocupando posiciones y desempeñando roles de acuerdo a su edad, sexo y a los factores culturales.

- Nuclear: - Simple: pareja sin hijos.
 - Con hijos
 - Monoparental: integrada por uno de los padres y los hijos.
- Extensa: Integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos y por miembros que pueden o no ser parientes.
- Unipersonal: compuesta por una persona.

5.2.3. Rol que cumple dentro de la familia: Función o el papel que desempeña al interior de la familia, organizando, sustentando, influenciando, etc. a los demás miembros.

- Jefe de hogar.
- Miembro dependiente.

5.2.4. Compromiso de la familia en el tratamiento: Apoyo de la familia en el tratamiento y en el cumplimiento de las indicaciones relacionadas con la alimentación y tratamiento farmacológico.

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.

5.2.5. Apoyo social: proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de su red social.

5.2.5.1. Apoyo emocional: es la ayuda obtenida de la red social correspondiente a lo sentimental.

Escala

- Máximo: 40 puntos.
- Medio: 24 puntos.
- Mínimo: 8 puntos.

5.2.5.2. Interacción social positiva: referente a las relaciones sociales de ocio y distracción.

Escala.

- Máximo: 20 puntos.
- Medio: 12 puntos.

- Mínimo: 4 puntos.

5.2.5.3. Apoyo afectivo: referido a las expresiones de amor y cariño de la red social.

Escala.

- Máximo: 15 puntos.
- Medio: 9 puntos.
- Mínimo: 3 puntos.

5.2.5.4. Apoyo instrumental: es la ayuda obtenida de la red social, respecto a lo material.

Escala.

- Máximo: 20 puntos.
- Medio: 12 puntos.
- Mínimo: 4 puntos.

5.3 ASPECTOS PERSONALES

5.3.1. **Información:** conocimiento que posee el paciente en cuanto a su patología y tratamiento.

- Información completa: Refiere en líneas simples, rasgos de la patología y tratamiento.
- Información incompleta: Menciona en forma incompleta rasgos poco relevantes de la patología y el tratamiento o parte de la información es incorrecta.
- Sin información: No posee conocimientos de la patología ni del tratamiento, o el conocimiento es errado.

5.3.2. **Cumplimiento de las indicaciones:** Se clasifica como la realización efectiva de las indicaciones en el hogar con respecto al tratamiento farmacológico, alimentación y ejercicio, ofrecidas por la enfermera durante los controles.

Alimentación	Tratamiento farmacológico	Ejercicio
– Siempre	Siempre	Siempre
– A veces	A veces	A veces
– Nunca	Nunca	Nunca.

5.3.3. Permanencia en el programa: Tiempo de ingresado al programa de crónicos.

- 3 a 6 meses.
- 7 a 12 meses.
- 13 y más.

5.3.4. Cumplimiento en la asistencia a los controles: es la periodicidad en la asistencia a los controles, según la indicación medica o de enfermería.

- Periódicamente: 80 a 100% asistencia a los controles.
- No periódicamente: menor a un 79% de los controles asistidos.

5.3.5. Factores de riesgo: Presencia de característica que aumenta la probabilidad de padecer HTA. y de morbilidad por enfermedades cardiovasculares.

5.3.5.1. Estado nutricional: Relación entre el peso y la talla.

- Enflaquecido.
- Normal.
- Sobrepeso.
- Obeso.

5.3.5.2. Actividad física: Ejercicio físico realizado por los pacientes de forma periódica por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos cada vez.

- Si.
- No.

5.3.5.3. Tabaquismo: Hábito de fumar cigarrillos al menos 1 vez al día.

- Si.
- No.

5.3.5.4. Ingesta de alcohol: ingerir alcohol frecuentemente (por lo menos una vez a semana) hasta llegar al estado de embriaguez.

- Si.
- No.

5.3.5.5. Antecedentes familiares de muertes por causa cardiovascular: En familia consanguínea cercana como padres o hermanos

- Si.
- No.

5.3.6. Etapas de Hipertensión Arterial: clasificación realizada por el Minsal, en la cual se distribuirán las cifras tensionales, de la población en estudio, obtenida durante el mes de septiembre.

Cifras Tensionales

	Sistólica	Diastólica
Etapa I	140 - 159	90 - 99
Etapa II	160 - 179	100 - 109
Etapa III	180 - 209	110 - 119
Etapa IV	> o igual 210	> o igual 120

6. RESULTADOS

Se estudió un total de 56 pacientes, excluyéndose 13 personas de acuerdo a criterios establecidos, encuestándose finalmente a 43 personas. De éstos 79% corresponde al sexo femenino y el 21% al masculino. La distribución por sexo y grupos de edad se muestra en el cuadro N°1.

CUADRO N°1: Distribución numérica y porcentual de la población hipertensa con mal control según sexo y edad

Grupos etáreos	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
35 - 44	3.0	7.0	0.0	0.0	3.0	7.7
45 - 54	10.0	23.2	3.0	6.8	13.0	30.0
55 - 64	21.0	48.8	6.0	14.2	27.0	63.0
TOTAL	34.0	79.0	9.0	21.0	43.0	100.0

Fuente: Encuesta tesis “Factores que inciden en la obtención de mal control de presión arterial, en la población hipertensa del Consultorio de Río Bueno durante septiembre del año 2002”.

El 63% de los pacientes corresponden al grupo etáreo de 55 – 64 años, predominando el sexo femenino 48.8%.

CUADRO N° 2: Distribución numérica y porcentual de los paciente, según etapa de HTA y sexo.

Clasificación Hipertensión Arterial	S E X O					
	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Etapa I	16.0	37.0	3.0	7.0	19.0	44.0
Etapa II	13.0	30.0	3.0	7.0	16.0	37.0
Etapa III	5.0	12.0	3.0	7.0	8.0	19.0
Total	34.0	79.0	9.0	21.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Se puede observar una mayor prevalencia en el sexo femenino, correspondiendo mayoritariamente a la etapa I de H TA. con un 37%,(cifras de presión sistólica 140 – 159 mm Hg y de presión diastólica 90 – 99 mm Hg), seguida por la etapa II con un 30% (presión sistólica 160 – 179 mm Hg y de presión diastólica 100 – 109 mm Hg). En el caso del sexo masculino, la distribución en las tres etapas es similar con un 7%.

Ninguno de los encuestados posee cifras de presión arterial que pertenezcan a la etapa IV, mayor o igual a 210 mm Hg de presión sistólica y mayor o igual a 120 mm Hg de presión diastólica. Ya que son atendidos en el nivel de atención secundaria.

CUADRO N°3: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según grupos etáreos y etapas de HTA

Clasificación Hipertensión Arterial	Grupos Etáreos						Total	
	35 - 44		45 - 54		55 - 64		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Etapa I	3.0	7.0	8.0	19.0	8.0	19.0	19.0	44.0
Etapa II	0.0	0.0	3.0	7.0	13.0	30.0	16.0	37.0
Etapa III	0.0	0.0	3.0	7.0	5.0	12.0	8.0	19.0
Total	3.0	7.0	14.0	33.0	26.0	60.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

La mayor proporción de pacientes con mal control se encuentran en el grupo etáreo de 55 a 64, con un 60%; de éstos el 30% se clasifican en la etapa II.

CUADRO N° 4: Distribución numérica y porcentual de los pacientes con mal control de presión arterial, según estado civil y etapa de HTA.

Clasificación Hipertensión Arterial	Estado Civil										Total	
	Casado/a		Conviviente		Soltero/a		Separado/a		Viudo / a		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Etapa I	10.0	23.0	0.0	0.0	5.0	12.0	0.0	0.0	4.0	9.0	19.0	44.0
Etapa II	7.0	16.0	3.0	7.0	3.0	7.0	3.0	7.0	0.0	0.0	16.0	37.0
Etapa III	5.0	12.0	0.0	0.0	2.0	5.0	0.0	0.0	1.0	2.0	8.0	19.0
Total	22.0	51.0	3.0	7.0	10.0	23.0	3.0	7.0	5.0	12.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

En el cuadro N°4 se destaca, que la mayor proporción de casados se encuentra en la etapa I (23%), seguida por un 16 % en la etapa II y 12% en la etapa III. En relación a los pacientes solteros, éstos representaron el 23% de los casos, con una distribución similar respecto a las etapas de HTA.

CUADRO N°5: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según etapa de HTA y escolaridad.

Escolaridad	Clasificación HTA.						Total	
	E t a p a s							
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
Analfabeto/a	7.0	16.2	8.0	18.4	6	14	21	48.8
Básica incompleta	5.0	11.6	5.0	11.6	2	5	12	28
Básica completa	0.0	0.0	3.0	7.0	0.0	0.0	3.0	7.0
E. Media incompleta	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E. Media completa	5.0	11.6	0.0	0.0	0.0	0.0	5	11.6
E. Superior incompleta	2.0	4.6	0.0	0.0	0.0	0.0	2	4.6
E. Superior completa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Se observa que 33 son pacientes analfabetos o no completaron la enseñanza básica, distribuyéndose en la etapa II mayoritariamente. Los 10 pacientes con mayor nivel de instrucciones ubican en las etapas I Y II, ninguno en la etapa III.

Los pacientes con educación básica incompleta se presentan en igual proporción en las etapas I y II (11.6%) y en la etapa III en un 5%.

Los pacientes con educación media completa y superior incompleta sólo se distribuyen en la etapa I con 11.6% y 4.6% respectivamente.

CUADRO N° 6: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según tipo de trabajo y cifras tensionales.

Tipo de Trabajo	Clasificación						Total	
	HTA.							
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empleado	6.0	14.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.0	14.0
Empleador	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Trabaja por cuenta propia	0.0	0.0	6.0	14.0	0.0	0.0	6.0	14.0
Trabaja sin remuneración	13.0	30.0	10.0	23.0	6.0	14.0	29.0	68.0
Cesante	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	5.0	2.0	5.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Se puede ver en la tabla N° 6, que los pacientes que trabajan sin remuneración, constituidos en su totalidad por dueñas de casa, se distribuyen principalmente en la etapa I con un 30%, seguida por la etapa II con el 23% y la etapa III con el 14%.

Los pacientes que poseen la condición actual de cesante solo se encuentran en la etapa III en un 5%.

CUADRO N°7: Distribución numérica y porcentual según tipo de familia

Tipo de Familia	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear sin hijos	0.0	0.0	10.0	23.0	0.0	0.0	10.0	23.0
Nuclear con hijos	10.0	23.0	2.0	5.0	6.0	14.0	18.0	42.0
Nuclear monoparental	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0	1.0	2.0
Extensa	6.0	14.0	3.0	7.0	2.0	5.0	11.0	26.0
Unipersonal	3.0	7.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	7.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Respecto a la red social familiar, se puede observar en el cuadro, que el tipo de familia que se presenta con mayor frecuencia en el grupo estudiado es la de tipo Nuclear con hijos (42%), ubicándose en la etapa I y III de HTA. con un 23% y 14% respectivamente.

CUADRO N°8: Distribución numérica y porcentual según número de integrantes de la familia y etapa de HTA.

Número integrantes de la familia	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 3 personas	18.0	42.0	7.0	16.0	5.0	12.0	30.0	70.0
4 a 6 personas	1.0	2.0	9.0	21	3.0	7.0	13.0	30.0
7 a 9 personas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10 y mas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

El número de integrantes entre los que fluctúan las familias del grupo en estudio mayoritariamente es de 1 a 3 personas con un 70% y se ubican principalmente en la etapa I (42%).

De 4 a 6 personas se presentan en un 30%, concentradas en la etapa II (21%).

CUADRO N°9: Distribución numérica y porcentual según rol que cumple el paciente en la familia y la etapa de HTA.

Rol que cumple dentro de la familia	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Jefe de Hogar	7.0	16.0	10.0	23.0	2.0	5.0	19.0	44.0
Miembro dependiente	12.0	28.0	6.0	14.0	6.0	14.0	24.0	56.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Respecto al rol que desempeña el paciente dentro del sistema familiar, la tabla N°9 muestra que el 56% ejerce el papel de miembro dependiente, preferentemente en las etapas I y III con un 28 y 14% respectivamente. En la etapa II predomina el rol de jefe de hogar (23%).

CUADRO N°10: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según compromiso de la familia en el tratamiento y etapa de HTA.

Compromiso de la familia en el tratamiento	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	15.0	35.0	3.0	7.0	1.0	2.0	19.0	44.0
A veces	2.0	5.0	1.0	2.0	0.0	0.0	3.0	7.0
Nunca	2.0	5.0	12.0	28.0	7.0	16.0	21.0	49.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

El ser consultado el grupo estudiado acerca del apoyo brindado por la familia en el tratamiento, el 49% declara no contar con éste, ubicándose preferentemente en la etapa II de HTA (28%), seguido por un 44% que afirman ser siempre apoyados por la familia encontrándose mayoritariamente en la etapa I (35%).

CUADRO N°11: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según información y etapa de HTA.

Información	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Completa	5.0	12.0	1.0	2.0	2.0	5.0	8.0	19.0
Incompleta	7.0	16.0	10.0	23.0	2.0	5.0	19.0	44.0
Sin información	7.0	16.0	5.0	12.0	4.0	9.0	16.0	37.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

En relación a la información acerca de la patología y tratamiento, el grupo de estudio afirma en un 44% poseerla de forma incompleta y en un 37% no contar con ésta, ubicándose el primer grupo mayoritariamente en la etapa II de HTA con un 23%, y segundo grupo con un 16%.

CUADRO N° 12: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según tiempo de permanencia en el subprograma y etapa de HTA.

Tiempo de permanencia	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3 a 6 meses	7.0	16.0	2.0	5.0	3.0	7.0	12.0	28.0
7 a 12 meses	4.0	9.0	1.0	2.0	0.0	0.0	5.0	12.0
13 y más	8.0	19.0	13.0	30.0	5.0	12.0	26.0	60.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Al consultar acerca del tiempo de permanencia en el programa de HTA el grupo estudiado afirma en un 60% estar 13 meses y más.

CUADRO N°13: Distribución numérica y porcentual de los pacientes según cumplimiento en la asistencia a los controles y etapa de HTA.

Cumplimiento en la asistencia a los controles	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Periódicamente	18.0	42.0	13.0	30.0	7.0	16.0	38.0	88.0
No periódicamente	1.0	2.0	3.0	7.0	1.0	2.0	5.0	12.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Como muestra el cuadro N°13, los pacientes estudiados declaran mayoritariamente, asistir periódicamente en un 88%, es decir haber asistido de un 80% a 100% a los controles, de éstos el 42% se encuentran en la etapa I de HTA. Una proporción menor (12%) afirma no asistir periódicamente, lo que significa menos de un 79% de los controles asistidos y se ubican principalmente en la etapa II con un 7%.

CUADRO N° 14: Distribución numérica y porcentual según cumplimiento de la indicación de alimentación y etapa de HTA.

Cumplimiento de Indicación: Alimentación	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	9.0	21.0	3.0	7.0	1.0	2.0	13.0	30.0
A veces	6.0	14.0	2.0	5.0	3.0	7.0	11.0	26.0
Nunca	4.0	9.0	11.0	26.0	4.0	9.0	19.0	44.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

El grupo estudiado afirma en un 44% no cumplir las indicaciones de alimentación, obteniendo cifras tensionales correspondientes a la etapa II (26%). Los pacientes que dicen cumplir siempre las indicaciones de alimentación se encuentran mayoritariamente en la etapa I (21%).

Respecto a las razones de incumplimiento de esta indicación, los pacientes afirman en su mayoría, que el régimen hiposódico “no tiene gusto y es desagradable”.

CUADRO N° 15: Distribución numérica y porcentual según cumplimiento de la indicación de actividad física y la etapa de HTA.

Cumplimiento de la Indicación: Actividad Física	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	7.0	16.0	3.0	7.0	1.0	2.0	11.0	26.0
A veces	3.0	7.0	1.0	2.0	1.0	2.0	5.0	12.0
Nunca	9.0	21.0	12.0	28.0	6.0	14.0	27.0	63.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

El 63% los pacientes hipertensos refieren no cumplir con las indicaciones acerca de aumentar la actividad física diaria, encontrándose preferente en la etapa II (28%).

En cambio los pacientes que afirman cumplir siempre la indicación (26%), se ubican en la etapa I preferentemente (16%).

La razón de incumplimiento de la indicación es principalmente la falta de tiempo, que fue señalada por la mayoría de los pacientes.

CUADRO N° 16: Distribución numérica y porcentual según cumplimiento del tratamiento farmacológico y la etapa de HTA.

Cumplimiento de las indicaciones Tratamiento farmacológico	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	18.0	42.0	16.0	37.0	6.0	14.0	40.0	93.0
A veces	1.0	2.0	0.0	0.0	2.0	5.0	3.0	7.0
Nunca	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Al contrario de las dos tablas anteriores, el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas es efectuada en un 93%, siendo considerada por los pacientes como la más importante y presentándose mayoritariamente en la etapa I de HTA. (42%).

Para complementar la información de la población estudiada, se analizaron los factores de riesgo: estado nutricional, tabaquismo, consumo de alcohol y antecedentes de mortalidad familiar por enfermedades cardiovasculares.

CUADRO N°17: Distribución numérica y porcentual según etapa de HTA y estado nutricional.

Estado Nutricional	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Enflaquecido	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Normal	10.0	23.0	2.0	5.0	0.0	0.0	12.0	28.0
Sobrepeso	9.0	21.0	4.0	9.0	1.0	2.0	14.0	32.5
Obeso	0.0	0.0	10.0	23.0	7.0	17.0	17.0	39.5
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Fichas clínicas, Consultorio de Río Bueno.

En relación al estado nutricional el 39.5% se clasifica como obeso, de éstos el 23% se encuentra en la etapa II de presión arterial y un 17% en la etapa III. Es importante destacar que un 32,5% de los pacientes está clasificado en sobrepeso correspondiendo un 21% a la etapa I.

CUADRO N° 18: Distribución numérica y porcentual según etapa de HTA y tabaquismo

Tabaquismo	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0.0	0.0	3.0	7.0	5.0	12.0	8.0	19.0
No	19.0	44.0	13.0	30.0	3.0	7.0	35.0	81.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Al estudiar el hábito tabaquico, se encontró un 19% de pacientes que afirman consumir cigarrillos al menos una vez al día. De éstos, el 12% se encuentran en la etapa III.

De los pacientes que refieren no consumir cigarrillos (81%), el 44% se encuentra en la etapa I.

CUADRO N° 19: Distribución numérica y porcentual según etapa de HTA y consumo de alcohol.

Alcoholismo	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	7.0	3.0	7.0
No	19.0	19.0	16.0	37.0	5.0	12.0	40.0	93.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

De los pacientes en estudio, solo un 7% reconoce beber alcohol en forma habitual y se encuentran en la etapa III de HTA.

CUADRO N°20: Distribución numérica y porcentual según antecedentes de mortalidad familiar por enfermedades cardiovasculares y etapas de HTA.

Antecedentes de muerte por E. cardiovasculares	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	6.0	14.0	13.0	30.0	8.0	19.0	27.0	63.0
No	13.0	30.0	2.0	5.0	0.0	0.0	15.0	35.0
No sabe	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0	1.0	2.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Se observa en la mayoría de los encuestados la presencia de este factor de riesgo (63%), situándose preferentemente en la etapa II de HTA, de los pacientes que no poseen esta condición (30%) se encuentran en la etapa I de HTA.

El apoyo social de los pacientes estudiados, se encuentra en los cuadros que a continuación se presentan:

CUADRO N°21: Distribución numérica y porcentual según apoyo social y etapas de HTA.

Apoyo social (MOS) Índice global	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Máximo	6.0	14.0	1.0	2.0	1.0	2.0	8.0	19.0
Medio	9.0	21.0	6.0	14.0	5.0	12.0	20.0	47.0
Mínimo	4.0	9.0	9.0	21.0	2.0	5.0	15.0	35.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Se considera tanto en la escala global como en las subescalas del instrumento como: máximo al apoyo social óptimo, medio al apoyo social aceptable y mínimo al apoyo social insuficiente.

Del total de pacientes encuestados, el 47% declara percibir un apoyo aceptable de la red social (apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo), el 21% de éstos se encuentran en la etapa I de HTA. Cabe destacar que el 35% de los encuestados percibe el apoyo de su red social como mínimo, ubicándose en la etapa II de HTA.

CUADRO N°22: Distribución numérica y porcentual según apoyo emocional y etapas de HTA.

Apoyo social (MOS) Apoyo emocional	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Máximo	9.0	21.0	2.0	5.0	0.0	0.0	11.0	26.0
Medio	5.0	12.0	9.0	21.0	2.0	5.0	16.0	37.0
Mínimo	5.0	12.0	5.0	12.0	6.0	14.0	16.0	37.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Respecto a la subescala de apoyo emocional, el grupo estudiado considera este apoyo como aceptable e insuficiente (37% respectivamente).

Los pacientes que afirmaron contar con un apoyo medio, se distribuyen en mayor proporción en la etapa II de la enfermedad (21%), mientras que aquellos que declararon un mínimo apoyo se ubican en la etapa III (14%)

CUADRO N°23: Distribución numérica y porcentual según apoyo instrumental y etapas de HTA.

Apoyo social (MOS) Apoyo instrumental	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Máximo	10.0	23.0	2.0	5.0	3.0	7.0	15.0	35.0
Medio	4.0	9.0	6.0	14.0	1.0	2.0	11.0	26.0
Mínimo	5.0	12.0	8.0	19.0	4.0	9.0	17.0	40.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

En cuanto al apoyo instrumental o ayuda material, los pacientes obtuvieron puntajes mínimos en un 40%, ubicándose principalmente en la etapa II de HTA (19%).

Destaca igualmente el apoyo instrumental óptimo con un 35%.

CUADRO N°24: Distribución numérica y porcentual según interacción social positiva y etapas de HTA.

Apoyo social (MOS) Interacción social positiva	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Máximo	5.0	12.0	2.0	5.0	1.0	2.0	8.0	19.0
Medio	6.0	14.0	7.0	16.0	2.0	5.0	15.0	35.0
Mínimo	8.0	19.0	7.0	16.0	5.0	12.0	20.0	47.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

En el cuadro N°24, se observa que el grupo estudiado, alcanzó puntajes considerados mínimos (47%) en la subescala de interacción social positiva, que significa la capacidad de relacionarse positivamente con otras personas, distribuyéndose principalmente en la etapa I de HTA con un 19%.

CUADRO N°25: Distribución numérica y porcentual según apoyo afectivo y etapas de HTA.

Apoyo social (MOS) Apoyo afectivo	CIFRAS TENSIONALES						Total	
	Etapa I		Etapa II		Etapa III			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Máximo	4.0	9.0	1.0	2.0	0.0	0.0	5.0	12.0
Medio	11.0	26.0	4.0	9.0	3.0	7.0	18.0	42.0
Mínimo	4.0	9.0	11.0	26.0	5.0	12.0	20.0	47.0
Total	19.0	44.0	16.0	37.0	8.0	19.0	43.0	100.0

Fuente: Idem.

Se observa que la mayoría de los pacientes obtuvieron puntajes mínimos (47%), ubicándose en la etapa II de HTA. en un 26%. El puntaje medio fue obtenido por un 42% de los encuestados, encontrándose principalmente en la etapa I con un 26%. El puntaje máximo fue logrado por un 12% de los pacientes, distribuyéndose en las etapas I y II con un 9% y 2% respectivamente.

7. DISCUSION

El primer comentario surge de la multifactorialidad que influye al mal control de presión arterial de la población estudiada, que van desde por ejemplo factores hereditarios como la mortalidad familiar por enfermedades cardiovasculares al analfabetismo.

Una segunda observación se refiere a las cifras tensionales que presentó la población estudiada, clasificándose en 4 etapas, predominando la que corresponde a la etapa I, seguida por las etapas II y III, sin encontrar pacientes con cifras tensionales que se clasifiquen en la etapa IV.

Respecto a los factores sociodemográficos se puede destacar el alto predominio del sexo femenino, situación paradójica ya que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, en donde la HTA. es un importante factor de riesgo, es ampliamente superada por el sexo masculino, lo que se traduce en general en una menor adherencia de parte de éstos, lo que lleva a mantener cifras de presión arterial distribuidas homogéneamente en 3 etapas de HTA. En cambio las mujeres se concentran mayoritariamente en la etapa I.

Otra característica observable, es el importante número de analfabetos y pacientes con educación básica incompleta, lo que puede relacionarse con la poca capacidad de retención e internalización de la información recibida, la cual fue efectivamente entregada por la enfermera. Este desconocimiento lleva a la negación del cambio de conductas perjudiciales para la salud, lo que se traduce en el incumplimiento de las indicaciones de alimentación y aumento de la actividad física, favoreciendo la aparición de otros factores de riesgo como es el caso de la obesidad. Por otro lado destaca la creencia errónea que sólo basta el tratamiento farmacológico, el que es cumplido por la mayoría de la población estudiada.

Otro factor importante a mencionar, es la red social principalmente la familiar, que es la que brinda el apoyo más mediato, para facilitar el proceso de aceptación de la patología y los cambios de conducta necesarios para la mantención de un estado de salud óptimo. Al mismo tiempo, entrega afecto, lazos de confianza, compañía, al igual que las herramientas para satisfacer necesidades de alimentación, medicamentos y otros.

La deficiencia de este apoyo es un fuerte marcador de mortalidad para casi todas las patologías.

En caso del grupo estudiado, en términos cuantitativos la constitución familiar sería idónea, ya que predomina la de tipo nuclear con hijos. Lo que respecta a la calidad de este apoyo, es percibido por los pacientes como aceptable y en ocasiones deficitario, esto incide directamente sobre otros factores de riesgo como son el incumplimiento del tratamiento y la falta de información ya que no existiría o sería insuficiente, el apoyo de tipo orientador e informacional.

Se destaca que el apoyo emocional y afectivo es percibido y declarado por los pacientes entrevistados como insuficiente, lo que posiblemente influiría en la capacidad de éstos para relacionarse en forma positiva con su entorno.

Finalmente se pudo conocer a través de este estudio los factores que incidirían en el mal control de la población encuestada, sugiriendo el origen de la mayoría de éstos, entre los cuales destaca, el déficit de apoyo social percibido por los pacientes.

Este escaso apoyo social, se manifestaría en la incapacidad de los participantes para adherir a los diferentes componentes del tratamiento indicado por el equipo de salud. Surge entonces la importancia que el equipo de salud involucre desde los inicios a la familia como participante activo en el tratamiento del paciente hipertenso, transformándola en factor protector esencial para la salud.

8. CONCLUSIONES

El grupo estudiado está constituido fundamentalmente por población femenina en un 72%, predominando en todos los grupos etáreos. Poseen edades que fluctúan entre los 35 a 64 años, compuesta mayoritariamente por dueñas de casa.

Más de la mitad de la población tiene la condición de casados, con familias nucleares con hijos, cumpliendo el rol de miembro dependiente. Respecto al apoyo familiar en el tratamiento de la HTA, los pacientes en mayor magnitud (49%) refieren no contar con éste.

Existe una importante proporción de analfabetos (21%) al igual que de pacientes con educación básica incompleta (12%). No hay personas con educación superior completa.

Declaran en su mayoría pertenecer al programa de HTA hace 13 meses y más, donde han recibido información e indicaciones acerca de la patología y tratamiento, percibiéndola como incompleta. Respecto a las indicaciones de alimentación y actividad física éstas no son cumplidas, el tratamiento farmacológico es considerado como el más importante por los pacientes cumpliéndose en un 93%.

En lo referente a los factores de riesgo presentes en el grupo de estudio como el estado nutricional, la condición de obeso destaca principalmente. Respecto a antecedentes de muertes por enfermedades cardiovasculares en la familia más cercana, es decir padres y hermanos un importante porcentaje afirma poseerlos. Por otra parte, el hábito tabaquico y la ingesta etílica muestran una baja prevalencia.

Al analizar el apoyo social, el grupo estudiado manifiesta una baja puntuación a nivel global al igual que en las 4 subescalas, lo que se traduce en una red social insuficiente cualitativamente, es decir, cuentan con personas que conforman esta red, pero la calidad de ésta, se percibe como deficiente en lo referente a apoyo emocional, instrumental o material, interacción social positiva que es lo se explica como las relaciones sociales de ocio, de tipo distractiva y el apoyo afectivo, referido a las expresiones de amor y cariño.

De la relación de todos estos factores con las etapas de HTA. se obtiene que la mayoría de la población estudiada se encuentra en la etapa I de HTA. (44%), la siguen con un 37% la etapa II y la III con un 19%.

Las mujeres de entre 45 a 54 años con la condición conyugal de casadas, dueñas de casa con familias nucleares con hijos, que poseen el papel de miembro dependiente en la familia, se ubican preferentemente en la etapa I de HTA.

Los pacientes analfabetos y con educación básica incompleta, que poseen una escasa información a cerca de su patología y tratamiento y perciben de su familia un bajo apoyo en el tratamiento, se encuentran en la etapa II de HTA.

Respecto a la relación con los pacientes que no cumplen las indicaciones de alimentación y actividad física (63%) se concentran mayoritariamente en la etapa II, con un 26% y 28% respectivamente, por lo contrario los pacientes que cumplen con el tratamiento farmacológico se ubican en la etapa I en un 42%, en la etapa II con un 37% y la etapa III con un 14%.

En relación a los factores de riesgo, la condición de obesidad se presenta en la etapa II (23%) y en la etapa III (17%), la ausencia del hábito tabaquico e ingesta de alcohol, lleva a la población a mantener cifras tensionales correspondientes a la etapa I de HTA

En lo referente al apoyo social considerado medio, se sitúa preferentemente en la etapa I de HTA, al igual que la subescala de interacción social positiva, que es la capacidad de relacionarse con los demás de forma óptima.

Las subescalas apoyo emocional, afectivo e instrumental consideradas con puntaje mínimo, se ubican principalmente en la etapa II de HTA.

Por lo tanto, alguno de los factores que incidirían en el mal control de la población estudiada se encuentran, los aspectos individuales como: el analfabetismo, falta de información de los pacientes, incumplimiento de las indicaciones alimentarias y de ejercicios, la obesidad y antecedentes de muerte familiar por enfermedades cardiovasculares.

Se considera uno de los más importante los aspectos familiares referidos al escaso apoyo social que afirman poseer los pacientes, a su vez influyen en las otros aspectos anteriormente señalados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alvarez, L. 2000. Control del paciente hipertenso. Influencia del personal de enfermería. Area de salud "Pedro Borrás". Rev. Cubana enfermería. Vol. 16 (1). La Habana. Pág. 56 – 61.
- 2) Asenjo R., Goich J., Lueg E., Rodríguez J., Seitz J. 1998, Terapia Cardiovascular, Actualizaciones. 3ª Edición. Editorial Mediterráneo. Pág. 244 – 248.
- 3) Brunner, L. Suddarth, D. 1994. Enfermería Medicoquirúrgica. 7ª Edición. Editorial Interamericana. México. Vol 1. Pág 804 – 806.
- 4) Caro, G. 1999. Dinámicas familiares asociadas al control y evolución de la hipertensión arterial en el programa de crónicos del centro de salud Angelmo.
- 5) Lezaun, R. 1999. Tratamiento de la hipertensión arterial.
<<http://www.cfnavarra.es/saludandes/textos/suple4/suple9.html>
- 6) Lopetegui, E. 2000. Modificación / cambio del comportamiento de riesgo.
<http://www.saludmed.com>
- 7) Margozzini, p. 1999. Apoyo social y salud. Rev. Chilena de medicina Familiar. Vol. 1(2). Santiago de Chile. Pág. 46 –49.
- 8) Martín Zurro, A. Cano Perez, J.F.1999. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid. Vol 1. Pág. 123 – 125
- 9) Ministerio de Salud. 1995. Hipertensión arterial, normas técnicas. Santiago de Chile.
- 10) Pineda, E. 1994. Metodología de la investigación. Manual de desarrollo del personal de salud. 2ª Edición Organización panamericana de la salud, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

11) Prochaska, J. 1984. Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente.
<http://www.geocities.com>

ANEXO 1

Numero de caso

--	--

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

1.- EDAD	<input type="text"/>	2.- SEXO	<input type="text"/>	3.- ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?	
				CASADO/A	<input type="text"/>
				CONVIVIENTE	<input type="text"/>
4.- ¿SABE UD. LEER Y ESCRIBIR?				SOLTERO/A	<input type="text"/>
SI	<input type="text"/>			SEPARADO/A	<input type="text"/>
NO	<input type="text"/>			VIUDO/A	<input type="text"/>
5.-				¿CUAL FUE EL ULTIMO NIVEL ESCOLAR QUE APROBÓ?	
				NINGUNA	<input type="text"/>
				BASICA INCOMPLETA	<input type="text"/>
				BASICA COMPLETA	<input type="text"/>
				MEDIA INCOMPLETA	<input type="text"/>
				MEDIA COMPLETA	<input type="text"/>
				SUPERIOR INCOMPLETA	<input type="text"/>
				SUPERIOR COMPLETA	<input type="text"/>
6.-				¿ QUE TIPO DE TRABAJO DESEMPEÑA? (incluir trabajo no remunerado)	

7.				¿USTED VIVE CON?	

8.				NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	<input type="text"/>
9.				TIPO DE FAMILIA	
				NUCLEAR	<input type="text"/>
				EXTENSA	<input type="text"/>
				UNIPERSONAL	<input type="text"/>
				10. ROL QUE CUMPLE DENTRO DE LAS FAMILIA:	
				JEFE DE FAMILIA	<input type="text"/>
				MIEMBRO DEPENDIENTE	<input type="text"/>
11. SU FAMILIA LO APOYA EN EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD				12. ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA HA MUERTO DE ENFERMEDADES AL CORAZON?	
				SI	<input type="text"/>
				NO	<input type="text"/>
				SIEMPRE	<input type="text"/>
				A VECES	<input type="text"/>
				NUNCA	<input type="text"/>

13. USTED PRESENTA ALGUNOS DE LOS SIGUIENTE HABITOS:

ACTIVIDAD FISICA	SI	<input type="checkbox"/>	INGIERE HABITUALMENTE	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>	ALCOHOL	NO	<input type="checkbox"/>
FUMA		<input type="checkbox"/>			
	NO	<input type="checkbox"/>			

14. ESTADO NUTRICIONAL:

15. ETAPA DE HTA::

ENFLAQUECIDO	<input type="checkbox"/>	140- 159	90 - 99	<input type="checkbox"/>
NORMAL	<input type="checkbox"/>	160 - 179	100 - 109	<input type="checkbox"/>
SOBREPESO	<input type="checkbox"/>	180 - 209	110 - 119	<input type="checkbox"/>
OBESO	<input type="checkbox"/>	> O IGUAL 210	> O IGUAL 120	<input type="checkbox"/>

16. ¿HACE CUANTO TIEMPO PERTENECE AL POLICLINICO CRÓNICOS?

17 . A CERCA DE LOS CONTROLES USTED ASISTE:

3 A 6 MESES	<input type="checkbox"/>	PERIODICAMENTE	<input type="checkbox"/>
7 A 12 MESES	<input type="checkbox"/>	NO PERIODICAMENTE	<input type="checkbox"/>
13 Y MAS	<input type="checkbox"/>		

18.- POSEE INFORMACIÓN DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO:

INFORMACIÓN COMPLETA: REFIERE EN LINEAS SIMPLES, RASGOS DE LA PATOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO

INFORMACIÓN INCOMPLETA: MENCIONA EN FORMA INCOMPLETA RASGOS POCO RELEVANTES DE LA PATOLOGÍA Y TRAMIENTO

SIN INFORMACIÓN: NO POSEE INFORMACIÓN DE LA PATOLOGÍA NI DEL TRATAMIENTO, O ÉSTA ES COMPLETAMENTE ERRADA

19.- ¿HA RECIBIDO INDICACIONES PARA EL HOGAR, EN LOS CONTROLES ASISTIDOS

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

20.- ¿UD. CUMPLE LAS EN SU HOGAR LAS INDICACIONES OTORGADAS POR LA ENFERMERA?

ALIMENTACION

SIEMPRE
A VECES
NUNCA

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

SIEMPRE
A VECES
NUNCA

ACTIVIDAD FISICA

SIEMPRE
A VECES
NUNCA

21.- SI UD. NO CUMPLE LAS INDICACIONES

¿CUAL ES EL MOTIVO?

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo de que Ud. dispone

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al medico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le demuestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo o de sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirva para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas personales.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.	1	2	3	4	5

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TESIS: FACTORES QUE INCIDEN EN LA OBTENCIÓN DE MAL CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL, EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DEL CONSULTORIO DE RÍO BUENO.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesistas de la escuela de enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará efecto en mi domicilio.

- ❖ Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- ❖ He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- ❖ Los resultados pueden ser confidenciales y pueden ser publicados.

YO _____ -

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono

Firma:

Persona con quien se conversó el consentimiento.

Nombre:

Profesión

Firma

Fecha: