



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

El analfabetismo como riesgo en salud: estudio comparativo en pacientes hipertensos del Centro de Salud Rio Bueno 2002

**Tesis presentada a la Escuela de Enfermería
de la Universidad Austral de Chile como
requisito para optar al grado de Licenciado
en Enfermería.**

**Carolina Elizabeth Müller Ricardi
Valdivia Chile 2003**

Dedicatoria

DEDICO MI TESIS A :

*MIS PADRES Y HERMANO POR SU APOYO INCONDICIONAL
MIS FAMILIARES Y SERES QUERIDOS
LOS DICAPACITADOS VISUALES*

GRACIAS POR LA CONFIANZA Y EL AFECTO ENTREGADO...

SOLANGELA SÁNCHEZ. M

Profesor patrocinante :

Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Enfermería

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores informantes:

1. Nombre : Sra. Ursula Haberland Kocking
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en enfermería en salud comunitaria

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

2. Nombre : Sra. Regina Barra Arias
Profesión : Médico Cirujano
Grados : Especialista en salud familiar

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
CAPITULO I : INTRODUCCION	3
I.1 INTRODUCCION	
CAPITULO II : MARCO TEORICO	5
II.1 SITUACION DEL ANALFABETISMO	
II.1.a ESCENARIO GLOBAL	
II.1.b AMERICA LATINA	
II.1.c CHILE	6
II.2 EL ANALFABETIMO COMO RIESGO EN SALUD	8
II.3 HIPERTENSION ARTERIAL	9
II.3.a FACTORES DE RIESGO	10
II.3.b TRATAMIENTO	
II.3.c ASPECTOS GENERALES DEL SUBPROGRAMA CRÓNICOS DEL CENTRO DE SALUD DE RIO BUENO	11
II.4 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	13
II.5 COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA	14
II.6 DERECHOS DEL PACIENTE ASPECTOS ETICOS	15
II.7 EL AUTOCUIDADO COMO EJE PROMOCIONAL	16
II.8 RED SOCIAL: SU IMPORTANCIA EN SALUD	17
CAPITULO III: OBJETIVOS DEL ESTUDIO	19
III.1 OBJETIVOS	
CAPITULO IV: MATERIAL Y METODOS	20
IV.1 POBLACION EN ESTUDIO	
IV.2 RECOLECCION DE INFORMACION	
IV.3 ANALISIS DE DATOS	21
IV.4 DEFINICION DE VARIABLES	

CAPITULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	24
V.1 RESULTADOS	
GRAFICO 1	
GRAFICO 2	25
GRAFICO 3	
GRAFICO 4	26
GRAFICO 5	
GRAFICO 6	27
GRAFICO 7	
GRAFICO 8	28
GRAFICO 9	
GRAFICO 10	29
GRAFICO 11	
GRAFICO 12	30
GRAFICO 13	
GRAFICO 14	31
GRAFICO 15	
GRAFICO 16	32
GRAFICO 17	
TABLA 3	33
TABLA 4	34
TABLA 5	35
TABLA 6	
TABLA 7	36
TABLA 8	
TABLA 9	37
V.2 DISCUSIÓN	
CAPITULO VI: CONSIDERACIONES FINALES	40
VI.1 CONCLUSIONES	
CAPITULO VII: ANEXOS	41
VII.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	
VII.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	42
VII.3 CUESTIONARIO MOS	46
VII.4 TABLAS QUE DAN ORIGEN A LOS GRAFICOS	47
BIBLIOGRAFIA	53

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo que consta de una comparación en tres aspectos, caracterización, control de la patología crónica y red social (cuestionario MOS) entre dos grupos de 20 pacientes hipertensos analfabetos y alfabetos, menores de 60 años, pertenecientes al Centro de Salud Río Bueno, año 2002. Durante visitas domiciliarias se les aplicó un instrumento elaborado para este fin, con 34 preguntas cerradas, previa revisión de las respectivas fichas clínicas.

El análisis de los datos muestra una población preferentemente femenina, entre los 30 y 59 años de edad, mayoritariamente dueñas de casa, con escasos recursos económicos. Se evidencia en forma clara la diferencia con respecto al control de la Hipertensión, entre los dos grupos de pacientes, alfabetos y analfabetos, alcanzando estos últimos a clasificarse como “control deficitario” (regular y mal control) a un 70% de su población, igual porcentaje para el riesgo cardiovascular entre sus niveles alto y máximo. Utilizando en los dos grupos tratamiento farmacológico de asociación la mayoría de las veces, con alto índice de automedicación.

Respecto a las indicaciones entregadas durante el control en el Consultorio, los pacientes analfabetos muestran notoriamente no recordar la fecha del próximo control, educación y cuidados generales, mientras que los hipertensos alfabetos recuerdan la mayoría de las indicaciones. Se manifiesta tanto en los pacientes alfabetos y analfabetos una red social fuerte, con problemas de interacción social y bajo apoyo afectivo conformando una población con mayor probabilidad de desarrollar procesos depresivos

SUMMARY

A quantitative and descriptive type study it was made ,it consists of a comparison between three aspects , patient's characterization, chronic disease control and social network (questionnaire MOS) between two groups of 20 illiterate and alphabets hypertense patients, minors of 60 years , pertaining to the Rio Bueno's Health Center , year 2002. During domiciliary visits this instrument elaborated for this aim was applied to them, with 34 closed questions, previous study of respective clinicals records.

The analysis of the data shows a preferredly feminine population, between 30 and 59 years old , mainly house keeping , with limited financial recourses .It is demonstrated in clear form the difference respect to the control of the Hypertension between both groups of patients, alphabets and illiterates , this last reaching to classify like "deficient control" (regular and badly control) to a 70% of his populaton, an equal percentage for the cardiovascular risk between high and maximum levels. Using in both groups pharmacological treatment of association mostly , with elevated levels of automedicacion.

In the concerning to the indications given during the medical's control , the illiteracy patients shows clearly do not remember dates of the next medical control, indications and care in general about his diseases , meanwhile alphabets patients can remember mostly of the medical indications . It's pronounced in both illiterate and alphabets patients a strong social network , with interaction's problems and low affective support conforming an population with depressive process's inclination .

CAPITULO I

INTRODUCCION

I.1 INTRODUCCION

Analfabetos son aquellas personas que no saben leer o escribir o que sólo escriben.

El número de analfabetos es un indicador del nivel de retraso en el desarrollo de una sociedad y es muy importante para detectar las desigualdades en la expansión del sistema educativo, incluso para reconocer, junto a otros aspectos, la vulnerabilidad de sectores poblacionales específicos y hacer estudios de gran ayuda tanto para el sector salud como para otros sectores.

La capacidad de leer se correlaciona con la capacidad de comprender indicaciones y de adaptarse a los requerimientos burocráticos y cotidianos del Sistema de Salud lo que influye en los resultados en salud obtenidos. Los pacientes analfabetos, que mantienen inhabilidades para leer y entender instrucciones médicas básicas, no tienen las mismas oportunidades que los pacientes alfabetos, para recibir un cuidado médico apropiado.

A menudo la condición de analfabetismo es llevada por los pacientes en forma oculta y silenciosa, respondiendo de manera positiva y de entendimiento, frente a las indicaciones entregadas por los profesionales de la salud. Es por esto que se hace necesario dimensionar la magnitud del problema, para lograr mantener una relación Enfermera- Paciente basada en una verdadera comunicación efectiva y así llegar a las metas de salud propuestas en forma más rápida y oportuna, enfatizando en la prevención mediante la adecuada instrucción y apoyo al usuario.

Este estudio tiene como finalidad, demostrar de que manera afecta la condición de analfabetismo, en la salud de las personas, y para ello se comparará, la forma en que enfrentan y manejan una enfermedad crónica, dos grupos de pacientes: un grupo de población analfabeta, con edades entre 30 y 60 años y otro grupo de pacientes alfabetos de similares edades.

La patología que cursan ambos grupos de pacientes, corresponde a Hipertensión Arterial, por ser parte fundamental como factor de riesgo de la primera causa de muerte, tanto en el país como en la zona geográfica correspondiente al Servicio de Salud Valdivia (Departamento Epidemiología 1999).

La elección del sector más joven analfabeto, se debe a que en estos pacientes, las primeras causas de defunción son las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares, correspondiendo a su vez como el primer motivo de pérdida de años de vida saludables en todas las regiones del país. (Departamento Epidemiología, AVISA, 1999). Es en estas edades en que se hace mayoritariamente importante, la labor de prevención y educación, por parte del equipo de salud y así evitar futuras complicaciones en los pacientes, ya que la hipertensión arterial es y seguirá siendo uno de los principales factores de riesgo modificable de las enfermedades del aparato circulatorio y que por lo tanto se debe intervenir en salud.

CAPITULO II MARCO TEORICO

II.1 SITUACION DEL ANALFABETISMO

II.1.a Escenario Global

Según el informe “El estado de los niños del mundo en 2000”, la UNICEF advierte que “casi mil millones de personas, dos terceras partes de ellas mujeres, entrarán al siglo veintiuno, sin poder leer un libro o escribir su nombre”

Según el organismo coligado de UNICEF, la UNESCO, la tasa de analfabetismo en el mundo fue de 30.5% en 1980 y 22.6% en 1995. Es más, la tasa mundial de analfabetismo para adultos nacidos antes de 1926 era de 75%, reduciéndose a 52% entre aquellos nacidos alrededor de 1948 y 20% entre los nacidos en 1970. Esto indica un notable progreso, que se debe mantener en mente.

II.1.b América Latina

La realidad es que el analfabetismo latinoamericano en los últimos noventa años ha profundizado la brecha en este indicador en 3 veces, respecto a Estados Unidos. Sin embargo, este promedio regional oculta una gran variedad de casos nacionales con su propia evolución histórica.(IGG, 1990)

Según las tasas de analfabetismo conseguidas al final del período estudiado, en el año 1990, se puede clasificar a América Latina en tres grandes grupos:

El primer grupo, compuesto por Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay, es el de “mejor desempeño”. En 1990 tienen una tasa de analfabetismo por debajo del 10 por 100. Como regla general, a lo largo del siglo xx, sus resultados son mejores que la media de la región latinoamericana.

El segundo grupo, en el que están Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela; va por detrás del anterior y ronda la media de la región. Su tasa de analfabetismo en 1990 supera el 10 por 100. Este grupo tiene en común haber optimizado bastante sus resultados entre 1960 y 1990.

Los países con desempeños más deficientes, se han agrupado en dos categorías. Por una parte están Bolivia, Brasil y República Dominicana, la que, partiendo de situaciones bastante malas, consiguen mejorar su tasa de analfabetismo en el periodo 1960-1990, colocándose en cifras un poco superiores al 20 por 100.

Por ultimo, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, lo que se podría llamar el polo de subdesarrollo centroamericano, es el de peores resultados, con una tasa de analfabetismo del 27 al 39 por 100.

En el balance de conjunto, en el largo plazo todos los países reducen su tasa de analfabetismo de manera continuada sin retrocesos; la tendencia en la brecha con Estados Unidos es ascendente entre 1900 y 1990 y solo al final, entre 1960 y 1990, aparecen rasgos de un cambio de tendencia en un grupo importante de países, casi todos los ubicados entre los países de cabeza en la región; entre ellos Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay.

II.1.c Chile

Las cifras de analfabetismo en el país son difíciles de precisar por que cuando se realizan los censos, generalmente se pregunta de forma oral a los encuestados si saben leer y escribir. Es fácil imaginar que por vergüenza o para evitar la discriminación de sus pares, las personas responden que afirmativamente. Además, hay otro aspecto, por analfabeto se entiende a quién no es capaz de leer ni escribir, sin embargo, existen analfabetos por desuso, es decir, aquellas personas que en algún momento de sus vidas sí pudieron efectuar ambas labores, pero que por falta de práctica han olvidado por completo como hacerlo.

Estadísticamente hablando, Chile ha bajado proporcionalmente sus tasas de analfabetismo, los últimos diez años.

TABLA N° 1 Analfabetismo nacional-Chile 1999-2000. Población de 15 años y más.

Año	Tasa Analfabetismo
1990	6.3
1991	6.1
1992	5.7
1993	5.2
1994	4.9
1995	4.9
1996	4.8
1997	4.7
1998	4.6
1999	4.6
2000	4.4

Fuente: MINEDUC, compendio de información estadística educacional 2000.

Al especificar aún más la información, situándose en el contexto geográfico en que se realizará el estudio, se puede mostrar el siguiente cuadro:

TABLA N° 2: Población de 15 años y más, por condición de analfabetismo, según sexo y área geográfica determinada (Chile, 1992)

AREA	Población de 15 años y más			Analfabetos		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total del país	10665647	5178400	5472247	575176	270190	304986
Xª región de Los Lagos	753018	375813	377205	61315	26027	35288
Comuna: Río Bueno	26076	13303	12773	2775	1258	1517

Fuente: Departamento Atención al Usuario
Instituto Nacional de Estadística

Según esta información, el porcentaje de analfabetos mayores de 15 años en el país corresponde a un 5.4%. La Décima Región en tanto, presenta un 8.14% de analfabetismo en su población. Se destaca el alto porcentaje de un 10.6% en la comuna de Río Bueno con 2775 personas analfabetas. En todas las áreas geográficas la mayor cantidad de analfabetos son mujeres.

En 1992 se concluyó que el analfabetismo en personas mayores de 60 años ascendía al 17.1%. Este valor triplica al de la población analfabeta total y la concentración de los analfabetos de la tercera edad, se ubica en las zonas rurales.

Luego de conocer estos antecedentes, cómo no preocuparse e inquietarse por lo que corresponde al ámbito de salud que si bien, no es un problema generalizado, existe y se ve a diario en todas las consultas en hospitales y consultorios.

En el área de Enfermería es muy importante extrapolar los datos sobre el analfabetismo en los adultos mayores, ya que la población chilena ha envejecido notablemente y lo seguirá haciendo. Estos mismos adultos mayores son los poseedores mayoritarios de las patologías crónicas que deben ser controladas en la atención primaria.

II.2 EL ANALFABETISMO COMO RIESGO EN SALUD

La fundación de la Asociación Médica Americana (AMA) en su revista mundialmente conocida, ha divulgado los resultados de un estudio realizado el año 1999. Dicha fundación se muestra muy preocupada por la realidad que evidencian varios estudios sobre el nivel de instrucción en salud que tienen las personas hoy en día. Entre los resultados estipulados por los investigadores de la escuela de Emory de Medicina, Centro Médico de Harbor-UCLA se puede destacar: que un 35.1% de 1.892 pacientes de habla inglesa y 61,7 % de 767 pacientes de habla hispana, que participaron en el estudio "tenían instrucción funcional inadecuada o marginal de la salud".

Los investigadores midieron la instrucción funcional de la salud de 2.659 pacientes que buscaban asistencia médica en los departamentos de emergencia de dos hospitales públicos: Hospital de Grady en Atlanta, y Centro Médico de Harbor-UCLA en Torrance, California. La instrucción funcional en salud según lo descrito, es la capacidad de entender la información escrita sobre el cuidado médico, incluyendo las prescripciones en los frascos o cápsulas de los fármacos más utilizados, citas, consentimientos informados etc.

En el estudio se empleó un instrumento estandarizado diseñado específicamente para medir los niveles de la instrucción de los pacientes respecto a la lectura básica y a las tareas de cómputo encontradas en el ambiente del cuidado médico. Se la llamó la prueba de la instrucción funcional de la salud en los adultos (TOFHILA), que mide habilidades de la lectura y ha proporcionado a los investigadores los primeros datos sobre la comprensión y la capacidad de autocuidado en salud. El TOFHILA fue diseñado por cuatro de los autores del estudio: Joanne R. Nurss (Centro para el estudio de la instrucción del adulto, Universidad del estado de Georgia); Marque V. Williams (primer autor) Ruth M. Parker y David W. Baker, todos profesores auxiliares de medicina general del departamento de Emory. Su investigación también indicó que una proporción significativa de pacientes no pueden leer y entender algunos aspectos como: tomar la medicación con estómago vacío(41.6%), cuando es la próxima cita con el médico(26%), el consentimiento informado estandarizado(59.5%) etc. El predominio más alto de las habilidades inadecuadas de la instrucción en salud, está entre los adultos mayores. Los autores comentan que el primer paso para solucionar el problema que tienen los pacientes que no saben leer las indicaciones, es el reconocer su existencia.

Existen otros estudios sobre el tema de la instrucción en salud que reafirman que el analfabetismo puede ser causal de riesgo para la salud, como aquel que muestra la misma conducta, utilizando los mismos instrumentos de medición, pero frente a una enfermedad crónica como la diabetes.

En el año 2002 investigadores de la Universidad de California, EE.UU. demostraron una relación estadística (correlación) muy intensa entre el desconocimiento "analfabetismo" y los malos resultados del control de la diabetes

En un estudio observacional el Dr. Dean Schillinger y sus colaboradores, valoraron la relación entre conocimientos sanitarios, última hemoglobina glucosidada y las complicaciones de la diabetes en 480 pacientes de lengua inglesa y española. Los pacientes, todos mayores de 30 años, completaron un cuestionario (Test of Functional Health Literacy in Adults, versión corta; s-TOFHLA) en su lengua materna.

Se valoró un buen control de la diabetes si la hemoglobina glucosidada estuvo en el quintil más bajo, y malo si la cifra quedaba en el quintil superior. Tras ajustar otras posibles variables, los investigadores encontraron una relación inversa entre los valores de hemoglobina y los resultados del s-TOFHLA; por cada reducción en un punto de éste cuestionario, los valores de la hemoglobina aumentaron en 0,02%.

Según este estudio, entre los diabéticos tipo 2 que acuden al médico en una clínica pública, los conocimientos sobre salud están relacionados con el control de la glicemia. Los pacientes con pocos conocimientos sobre salud, controlaban peor su diabetes y presentaban mayores posibilidades de padecer retinopatía diabética.

Los autores concluyeron que: *“Los conocimientos sobre salud, según el s-TOFHLA, mide la capacidad de los pacientes para leer, entender, comprender y seguir las instrucciones del médico; el “analfabetismo” es más frecuente entre las minorías étnicas, personas mayores y con problemas crónicos, principalmente en la asistencia pública”*. Finalmente se cita: *“El no comprender la información sobre salud necesaria, puede ser un factor contribuyente a la desproporcionada carga de problemas relacionados con la diabetes que encontramos entre poblaciones desfavorecidas, por lo que deberían realizarse esfuerzos específicos para reducir las complicaciones en estos pacientes, mejorando la forma en que se entrega la información”*.

II.3 HIPERTENSION ARTERIAL

La segunda característica importante en los pacientes del estudio, es que poseen una enfermedad crónica: Hipertensión Arterial. La presión arterial es básicamente la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias y sirve para medir el grado de esfuerzo que realiza el corazón para bombear sangre a todos los órganos del cuerpo.

Para establecer su diagnóstico, se requiere un mínimo de dos determinaciones con cifras sobre los valores normales, en días distintos y utilizando normas estandarizadas. La relevancia de esta patología como problema de salud pública, radica en su rol causal de morbimortalidad cardiovascular. La hipertensión es uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la enfermedad coronaria y es el de mayor peso para la enfermedad cerebrovascular, principales componentes de la mortalidad en el país.

Su prevalencia aumenta con la edad, siendo mayor en los varones adultos jóvenes que en las mujeres de la misma edad, situación que se invierte hacia edades más avanzadas; siendo significativamente más alta en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

II.3.a Factores de riesgo

La coexistencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, tabaquismo, diabetes y dislipidemias, condicionan incrementos de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares; por lo tanto, el tratamiento del paciente hipertenso debe considerar, no solo las cifras absolutas de presión arterial, sino también los otros factores y tratarlos paralelamente.

Los principales territorios afectados por la hipertensión arterial son:

Vascular: los vasos sometidos a regímenes tensionales elevados desarrollan cambios estructurales llamados atero, arterio, arterioloesclerosis en un período variable de tiempo.

Corazón: el aumento sostenido de la post carga lleva a la producción de hipertrofia ventricular izquierda.

Cerebro: cuando la hipertensión es muy severa o aguda sube la presión hidrostática a nivel de la micro circulación con aparición de edema cerebral, generándose la encefalopatía hipertensiva.

Riñón: la arteriosclerosis lleva a una isquemia glomerular que puede terminar en el colapso y fibrosis del glomérulo

Retina: los cambios arterioloescleróticos determinan la aparición de retinopatía hipertensiva.

II.3.b Tratamiento

Las etapas en el proceso de control de la hipertensión arterial son:

- Detección, confirmación y referencia
- Evaluación y diagnóstico
- Selección e inicio del tratamiento
- Mantención del tratamiento

El tratamiento puede ser no farmacológico basándose principalmente en el cambio de hábitos adoptando hábitos de vida saludable, cuyas principales actividades son la reducción de peso, reducción de la sal en las comidas, disminución del alcohol y ejercicio regular.

La indicación de cambio de hábitos dirigidos a grupos focalizados, tiene un rendimiento mayor que la dirigida solamente al paciente, pues además de reducir las cifras tensionales de éste, efectúa prevención primaria en otros individuos. La adquisición de estilos de vida saludables adquiere así un efecto multiplicador y preventivo. Para la mayoría de los pacientes, la protección de los hijos es el mejor argumento para lograr adherencia al tratamiento.

Si las medidas no farmacológicas fueron insuficientes para lograr la normotensión, o si el paciente presenta una hipertensión etapa 1 con repercusión orgánica o una hipertensión etapa 2, 3, o 4, se instalará tratamiento farmacológico. Las etapas en el tratamiento con fármacos son:

- a) *Etapa de iniciación*: correspondiente a la monoterapia, que controla el 50% de los hipertensos por lo cual el tratamiento habitualmente se inicia con un solo fármaco. Los más utilizados son los beta bloqueadores, diuréticos, bloqueadores de canales de calcio, inhibidores de enzima de conversión, antagonistas alfa adrenérgicos.
- b) *Etapa de potenciación del tratamiento*: si con el uso de droga única no se obtiene ningún efecto anti hipertensivo, ésta tiene que ser cambiada por otra perteneciente a una familia diferente y elegida en base a las características del paciente. Si en cambio la respuesta es parcial, el próximo paso es asociar una segunda droga. Las combinaciones que más se utilizan son: diurético + betabloqueador, diurético + IECA, betabloqueador + nifedipino, IECA +antagonista de calcio.
- c) *Etapa de simplificación del tratamiento*: Una vez que se ha logrado mantener normo tenso al paciente por un período mayor a un año, puede intentarse una reducción paulatina, en la dosis o número de fármacos.

II.3.c Aspectos generales del Subprograma Crónicos Centro de Salud Río Bueno

La mayoría de los pacientes hipertensos pueden ser controlados en Consultorios de Atención Primaria, como en este caso el Consultorio de la ciudad de Río Bueno, lugar en que son atendidos todos los pacientes del estudio. El centro de salud se encuentra adosado al Hospital, luego de haber sido construido en forma muy moderna y amplia en el año 2001. En la actualidad, está bajo la administración de la Ilustre Municipalidad de la ciudad.

A nivel programático, el Consultorio cuenta con todos los programas y subprogramas que estipula el Ministerio de Salud en el plan familia sana: Programas básicos: Salud Infantil, del Adolescente, del Adulto, del Adulto Mayor, de la Mujer, como complementarios están: Programa de Salud Mental y de Promoción en Salud. Subprogramas: de Pesquisa precoz de Cáncer Cervico Uterino, de Cáncer de Mamas, Odontológico, Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes, Control de Climaterio, Infecciones Respiratorias en el niño, Lactancia Materna.

Este centro se conforma principalmente de un hall, donde esta ubicada la farmacia, informaciones, archivo, SOME, sala de asistente social, sala administrativa, oficina administrativos y secretaria, sala de personal de terreno, vestuario del personal, casino, sala de reuniones. Además, de 4 sectores con 38 boxees para la atención, más una sala polivalente para educación y una sala de demostración dental. Trabajan diariamente en éste consultorio 50 personas aproximadamente. La señalética esta preferentemente presentada en forma escrita, con letreros donde se indica al usuario cada espacio físico.

Al subprograma de pacientes crónicos pertenecen aquellos usuarios que padecen diabetes mellitus, hipertensión arterial, ambas patologías y epilépticos. La atención es otorgada por 1 medico, 1 enfermera, 3 técnicos paramédicos.

Se genera de igual manera una coordinación con Procedimientos, para la toma de muestra de exámenes y a su vez con el laboratorio del Hospital, quienes procesan estas muestras, también coordinación con enfermero que realiza los ECG; existe un trabajo en equipo donde,

las responsabilidades son compartidas, entre el médico, la enfermera y auxiliares de enfermería. La nutricionista, psicólogo, asistente social u otro profesional cumplen una función complementaria en sus materias específicas

Desde el punto de vista de Enfermería y el papel que cumple en este programa, este profesional es quien se encarga del primer control derivado del médico, y el posterior seguimiento. El control en sí permite entablar una comunicación con el paciente e indagar sobre ciertos factores que influyen en el manejo de la enfermedad, evaluando al paciente en forma biopsicosocial. Dentro de las actividades cotidianas están:

- Anamnesis y examen físico
- Toma de ECG.
- Indicación de medidas no farmacológicas
- Educación
- Citación a médico, enfermera u otro profesional
- Consejería

Todas aquellas acciones a seguir son previamente elegidas, según el criterio profesional del equipo, evaluación del manejo de la patología y grado de compromiso del paciente con las metas terapéuticas

No obstante, como actividad destacada se hace necesario mencionar la EDUCACIÓN que la enfermera realiza a los pacientes y familiares, debiendo ser el principal contenido en cada contacto. Los pacientes motivados e informados, tienen una mayor adhesividad al tratamiento. Es importante que los usuarios entiendan la naturaleza de su enfermedad, comprendan el valor del tratamiento en el largo plazo, la importancia de adherir a las medidas no farmacológicas de por vida, el control de los factores de riesgo cardiovasculares y se familiaricen con los fármacos que deben tomar.

Todo paciente perteneciente al Programa Cardiovascular debe realizar cierto recorrido para su control, primero debe dirigirse al box donde se prepara al paciente (control de signos vitales), luego según sea el caso, ingresar al sector donde atienden los médicos o la enfermera, después de ser atendidos por el profesional vuelven nuevamente al box de preparación de pacientes para confirmar la fecha exacta del próximo control, si no existiese cupo, deben hacer la fila para todo público en el hall central. Cuando es necesario que el paciente se realice exámenes, debe acudir al sector de Procedimientos y hacer una nueva fila para recibir los elementos e indicaciones apropiadas para ello, deben seguir el mismo procedimiento cada vez que son derivados por la Enfermera o Médico hacia otro profesional de la salud. Todos estos lugares se encuentran señalizados preferentemente en forma escrita.

II.4 PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Durante el presente año 2002, se ha iniciado en forma oficial el proceso de cambio, en forma gradual, de las nuevas líneas descritas en el llamado Programa de Salud Cardiovascular; para mejorar de manera efectiva los actuales programas. Principalmente se basa en que cada Servicio de Salud logre categorizar a los pacientes y otorgar una atención diferenciada, según corresponda el nivel de riesgo cardiovascular de cada individuo, con una meta de compensar a lo menos al 80% de la población.

Para este fin, en una primera instancia, se evaluó el programa en cada Consultorio de Atención Primaria, mediante el monitoreo o trabajo con una muestra constituida por el total de personas ingresadas al programa entre el 1º de abril y el 30 de junio 2001.

La situación al ingreso será la línea de base que permitirá, establecer las metas para diciembre del 2002. El primer cohorte para la evaluación se realizó el 30 de junio (un año bajo control) y el segundo se realizará el 31 de diciembre (18 meses en el programa), todo esto bajo el compromiso de gestión N°11/2002 “ intervención en riesgo cardiovascular”. Los datos consolidados de cada Servicio de Salud servirán para obtener y conocer la situación a nivel nacional.

Esta nueva perspectiva tiene que ver con la intervención en factores de riesgo que pueden hacer que una persona sea más susceptible a adquirir una enfermedad cardiovascular en un futuro, algunos cercano y otro lejano. Dependiendo de la calidad de vida que se lleve hasta este entonces. Es decir, este programa esta basado en el riesgo cardiovascular absoluto de las personas, lo que determinará en definitiva la intervención terapéutica.

El nivel del riesgo dependerá del número, tipo e intensidad de factores presentes en el individuo. Estos factores de riesgo son divididos en: factores de riesgo mayores y factores de riesgo condicionantes.

Factores de riesgo mayores

No modificables ___ edad y sexo: hombre <45 años o mujer post-menopausica
___ antecedentes personales de enfermedad CV
___ antecedentes familiares de enfermedad CV(padre, madre, hermanos)

Modificables ___ tabaquismo
___ hipertensión arterial
___ diabetes mellitus
___ dislipidemia

Factores de riesgo condicionantes

Obesidad global
Obesidad abdominal
Hábito sedentario
Colesterol HDL >40 mg/dl
Triglicéridos > o igual 150 mg/dl

El cálculo para evaluar el riesgo se puede realizar mediante dos métodos:

- Evaluación cuantitativa: a través de la tabla de predicción del riesgo coronario de Framingham, donde se usa la puntuación de varias variables con diferenciación de sexo, definiéndose 3 categorías de riesgo: máximo, alto y moderado, según el riesgo de presentar un evento CV en los próximos 10 años.
- Evaluación cualitativa: se utiliza una clasificación de riesgo considerando sólo los factores de riesgo mayores modificables. Agrupando al paciente en riesgo bajo moderado alto o máximo dependiendo de la cantidad de factores que presente en forma directamente proporcional.

La aproximación del riesgo CV de un individuo se hace a través del examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), que considera el tipo y la intensidad de los factores de riesgo e indica la conducta a seguir en cada caso

II.5 LA COMUNICACION EFECTIVA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA

Si se considera el aumento cada vez mayor de personas que ingresan como pacientes portadores de patologías crónicas, las metas planteadas, los compromisos de gestión y el auge del mejoramiento en la calidad de la atención, se visiona una sola herramienta capaz de generar todos aquellos cambios necesarios, la Comunicación efectiva.

Muchas veces, quienes trabajan en salud, perciben con tanta claridad la importancia de los mensajes de salud, que al comunicarlos a las personas dan por “sobrentendido que van a generar interés y que basta con difundirlas”. Pero la comunicación no es sólo transmitir sino compartir un mensaje, es elaborar el mensaje pensando en la persona con la que nos comunicamos y no sólo en lo que nosotros queremos decir. Es considerar todas las percepciones que tiene el otro, que de alguna manera mediatizan su percepción de lo que se habla.

La relación entre el profesional de salud y los pacientes está determinada por la comunicación. Los programas diseñados hasta hoy, con el fin de promover cambios en las conductas de salud e incentivar la detección precoz y el tratamiento oportuno de enfermedades, siguen demostrando que la comunicación puede ser efectiva para prevenir el riesgo de muchas enfermedades.

Algunas de las características más importantes que deben poseer los comunicadores eficientes son la capacidad de simpatizar, mostrar respeto y reaccionar sinceramente. Las relaciones de colaboración exigen que enfermera y usuario compartan la formación y evaluación del proceso de ayuda; dicha colaboración no puede producirse sin elevados niveles de empatía, respeto y autenticidad.

II.6 DERECHOS DEL PACIENTE ASPECTOS ETICOS

Así como se describe la forma en que debe ser la relación terapéutica entre el profesional de la salud y los usuarios, no se debe olvidar la ética profesional como eje central de todo lo que se hace por el otro, siempre teniendo en cuenta los derechos y deberes de las personas y de uno mismo, pero principalmente, el de aquéllas personas que por el desconocimiento no son capaces de exigir dichas condiciones básicas durante al atención cotidiana en salud. Desde esta perspectiva, cabe mencionar aquellos derechos que se sienten tocados por la situación que viven diariamente las personas que serán parte del estudio.

Todos ellos enmarcados en el Proyecto de Ley sobre los Derechos y Deberes de las personas en salud, donde se encuentran entre otros:

Acceso sin discriminaciones: Toda persona tiene derecho a la protección de su salud, lo que comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, sin discriminaciones de ningún tipo, ya sea por razones de sexo, orientación sexual, etnia, religión, escolaridad etc.

Trato digno y actitud amable: Las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso por parte del equipo de salud. Ello implica el uso de lenguaje adecuado y comprensible de acuerdo con la condición del paciente.

Derecho a la información: Toda persona tendrá derecho a ser informada de manera oportuna y comprensible de acuerdo a su edad, escolaridad, condición personal y emocional respecto de materias directamente relacionadas con aspectos específicos sobre su salud.

Derecho al consentimiento informado: El consentimiento informado es el derecho de toda persona a aceptar o rechazar todo tipo de tratamiento o procedimiento, que le haya sido sugerido por los profesionales tratantes, una vez que se le haya entregado información completa al respecto.

Es muy importante considerar estos aspectos, concretizarlos en medidas administrativas específicas para que no solo existan en un papel sino en la realidad, siendo un cambio sentido por todos.

II.7 EL AUTOCUIDADO COMO EJE PROMOCIONAL

Luego de haber progresado en la relación enfermera paciente, se espera que el paciente logre internalizar para sí mismo y su familia el concepto de autocuidado.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.

El autocuidado posee principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

- Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento, como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima, se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo, de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar, se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.

- Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre la salud entre las personas que ofrecen los servicios y quienes lo reciben. El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.
- El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.

El autocuidado recobra mayor importancia en los pacientes crónicos, no sólo por que las metas tienen que ver con el cambio a una vida saludable, sino que la premisa de tener una enfermedad durante toda la vida, debe producir un cambio a nivel de pensamiento, para poder augurar un buen futuro, ya que la esperanza de vida aumenta cada día más y el llegar a viejo en forma óptima, traerá consigo grandes satisfacciones personales y familiares.

Para lograr realizar todos aquellos sueños en los momentos en que las preocupaciones familiares ya no lo son tanto, pues los hijos han formado sus propias familias, es muy útil cambiar y cuidarse uno mismo ahora, que las condiciones están dadas para ello, contando con todas las herramientas necesarias y el apoyo de los equipos de salud, que trabajan día a día por el bienestar de los pacientes y sus familias.

II.8 RED SOCIAL: SU IMPORTANCIA EN SALUD

Todas aquéllas metas ya sean terapéuticas o de la promoción del autocuidado en los pacientes , no podrían ser logradas solo por los profesionales y el paciente, si no existiera una red de apoyo que entregara desde afuera todo lo necesario .

Las relaciones interpersonales tienen gran importancia en la evaluación de la calidad de vida de las personas, ya que todos necesitamos de los demás para satisfacer nuestras necesidades tanto materiales como psicológicas (afiliación, apoyo, pertenencia, etc.) y el no

contar con los demás disminuye la sensación de bienestar (Guerrero, 1988; Martínez y García, 1995).

El apoyo social es entregado por la red social de una persona, la cual es definida como el conjunto de personas significativas con las cuales se interactúa con frecuencia, incluyendo vínculos establecidos ya sea por parentesco, trabajo, amistad o vecindad física, entre otras.

La importancia de la red social radica en el hecho de que provee de una fuente potencial de recursos, de apoyo y de información a la que pueden recurrir sus miembros especialmente cuando enfrentan problemas, además el pertenecer a una red posibilita el sentirse cuidado, valorado y estimado por los otros (Turner, 1986).

Existe evidencia de que este apoyo social tiene efectos en la salud de las personas, así por ejemplo Didier, 1985 propone que pertenecer a una red social nutrida y preocupada se relaciona con mejores niveles de salud tanto física como mental, a lo que Cohn, 1994 agrega que quienes la poseen viven más tiempo. Por el contrario, las personas con escaso apoyo social pueden experimentar al enfermar, problemas más graves y con peor pronóstico.

Más aún, la falta de contacto y apoyo social facilita la aparición de una serie de síntomas, siendo los más frecuentes ansiedad y depresión. Por ejemplo, Brown Páez, 1986 demostró que el 38% de las mujeres dueñas de casa con más de tres hijos que no contaban con un confidente, presentaban depresión, en comparación con el 4% de mujeres con similares características y que si tenían un confidente. Otra investigación demostró que el 37% de los sujetos que experimentaban un suceso de vida severo y que no contaban con apoyo, se deprimían, contra el 14% de sujetos que con sucesos de vida igualmente severos contaban con relaciones de intimidad.

Es probable que el sentirse solo sea mucho más común de lo que las personas suelen admitir, sobre todo en sociedades individualistas como la nuestra y donde el trabajo consume gran parte del tiempo destinado a descansar y divertirse. Tomar conciencia acerca de cuán solitarios o apoyados nos sentimos, permite que comencemos a propiciar los cambios necesarios para sentirnos mejor, o valorar las relaciones que se tienen y con ello ayudar a que dichas relaciones se mantengan en el tiempo.

CAPITULO III

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

III.1 OBJETIVOS

- 1) Elaborar el perfil del paciente analfabeto hipertenso según características sociodemográficas.
 - 1.1 Determinar que sexo presenta mayoritariamente analfabetismo
 - 1.2 Identificar al paciente analfabeto según estado civil
 - 1.3 Reconocer que tipo de trabajo desempeña el paciente analfabeto
 - 1.4 Clasificar al usuario según previsión
 - 1.5 Categorizar el ingreso económico mensual con que cuenta la familia

- 2) Definir el perfil del paciente alfabeto hipertenso según características sociodemográficas
 - 2.1 Clasificar a los pacientes alfabetos según sexo
 - 2.2 Determinar el estado civil del paciente crónico alfabeto
 - 2.3 Identificar el trabajo que realiza el usuario
 - 2.4 Clasificar al cliente alfabeto hipertenso según previsión
 - 2.5 Categorizar el ingreso económico mensual familiar

- 3) Comparar aspectos propios de la patología crónica en pacientes alfabetos y analfabetos
 - 3.1 Determinar el tiempo de permanencia bajo control de los pacientes
 - 3.2 Definir la población de hipertensos según evaluación del ultimo control
 - 3.3 Determinar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes
 - 3.4 Identificar el tratamiento farmacológico que utilizan los pacientes
 - 3.5 Cuantificar el numero de pacientes que se automedican
 - 3.6 Reconocer las indicaciones que los pacientes recuerdan
 - 3.7 Describir las causas que impiden el cumplimiento de las indicaciones

- 4) Comparar los recursos de apoyo social con que cuentan los pacientes analfabetos y alfabetos hipertensos
 - 4.1 Determinar el apoyo emocional en ambos grupos de estudio
 - 4.2 Identificar el apoyo instrumental o ayuda material que tienen los pacientes
 - 4.3 Definir el nivel de interacción social positiva que mantienen los usuarios
 - 4.4 Determinar el apoyo afectivo con que cuentan los pacientes alfabetos y analfabeto hipertensos

CAPITULO IV MATERIAL Y METODO

IV.1 POBLACIÓN EN ESTUDIO

El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La población total considerada corresponde a 510 pacientes hipertensos, asistentes a control en el Centro de Salud de Río Bueno, que incluye una población de 102 pacientes analfabetos (20%).

La muestra para el estudio consta de dos grupos, cuya selección se realizó mediante una muestra de cuota. Un grupo de 20 pacientes analfabetos menores de 60 años y otro de pacientes alfabetos de similares edades, utilizando además como criterio sólo aquellos pacientes con Hipertensión primaria y alfabetos con escolaridad básica completa como mínimo. Se incluyeron 10 pacientes como muestra de reemplazo en caso de exclusión, 5 personas de cada grupo respectivamente.

IV.2 RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información se recolectó mediante la aplicación de un instrumento previamente diseñado, durante visitas domiciliarias a los pacientes en cuestión y revisión de ficha clínica en el Consultorio. El instrumento fue probado en pacientes que no integraron el estudio.

El cuestionario incluye un documento de consentimiento informado que debió firmar el paciente para ingresar al estudio (anexo). El cuestionario comienza con 5 preguntas que corresponden a aspectos generales, 9 preguntas que abarcan temas específicos de la patología crónica y finalmente 20 preguntas donde se analiza el apoyo social con que cuenta cada paciente. Este ítem es abordado mediante el cuestionario MOS de apoyo social, anteriormente validado por Sherbourne y Stewart, 1991. En total, 34 preguntas cerradas, administradas por un encuestador (tesista).

Los criterios de exclusión corresponden a pacientes que no aceptaron integrar el grupo de estudio y aquellos pacientes en que no fue posible ubicar el domicilio.

IV.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos son analizados mediante la graficación de los resultados en tablas descriptivas, utilizando el programa computacional Microsoft Excel.

IV.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Analfabeto: persona que no sabe leer ni escribir

Sexo: categorizado como femenino o masculino

Edad: años cumplidos al momento de ser encuestado

- 30-39años
- 40-49años
- 50-59años

Estado civil: estado con respecto al matrimonio

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Separado
- Conviviente
- Anulado

Ocupación: Trabajo que desempeña actualmente

- Trabajador por cuenta propia: trabaja solo
- Trabajador de servicio domestico: trabaja como empleado de casa particular
- Empleador empresario o patrón: da trabajo a otras personas
- Trabajador asalariado: empleado, obrero, jornalero, empleado particular o fiscal
- Dueña de casa: trabaja en casa sin remuneración
- Jubilado o pensionado: persona que ha dejado de trabajar y recibe una pensión mensualmente
- Cesante: no tiene trabajo
- Otro: cualquiera no antes mencionado

Previsión: afiliación en salud

- FONASA
- ISAPRE
- Particular
- Otro

Ingreso económico: cantidad aproximada de dinero con que cuenta la familia mensual

- Menos de 30.000 pesos
- 30.000-80.000 pesos
- 81000-120.000 pesos
- mas de 120.000 pesos

Antigüedad en control: tiempo de permanencia en el subprograma de crónicos desde el Ingreso.

- Menos de 1 año
- Entre 1- 5 años
- Mas de 5 años

Clasificación último control: cifras tensionales según evaluación pre-establecida por normas vigentes.

- Buen control = menor o igual 130/85 mmHg
- Regular control = 131/86-140/90 mmHg
- Mal control = mayor a 140/90 mmHg

Riesgo Cardiovascular: factores que aumentan la probabilidad de ocurrencia de una complicación cardiovascular futura.

Para la evaluación se utilizará la clasificación cualitativa, considerando los factores de riesgo mayores modificables (Programa Cardiovascular,2002)

- *Hábito tabáquico*
Fumador: persona que actualmente fuma, aunque sea 1 cigarrillo al día
No fumador: actualmente no fuma o es exfumador

- *Presión Arterial*

			SISTÓLICA		DIASTOLICA
O	óptima	=	menor 120	/	menor 80
N	normal	=	menor 130	/	menor 85
NA	normal alta	=	130-139	/	85-89
E1	hipertensión etapa 1	=	140-159	/	90-99
E2	hipertensión etapa 2	=	160-179	/	100-109
E3	hipertensión etapa 3	=	mayor o igual 180	/	mayor o igual 110

- *Colesterol total*
Normal : menor 200 mg/dl
Riesgo : 200-240 mg/dl
Alto : mayor 240 mg/dl
- *Clasificación Riesgo Cardiovascular*
Moderado : 1 factor de riesgo presente
Alto : 2 factores de riesgo presentes
Máximo : 3 o más factores o antecedentes personales de patología cardiaca

Tratamiento farmacológico: tipo, cantidad y periodicidad de los medicamentos que el paciente utiliza diariamente, clasificados en:

- Terapia no farmacológica
- Monoterapia
- Asociación de drogas

Automedicación: fármacos que el paciente ingiere sin indicación medica

Indicaciones: actividades sugeridas por un profesional de salud, como tratamiento a seguir

- Alimentación o régimen
- Tratamiento farmacológico
- Cuidados generales: reducción de peso
disminución alcohol
ejercicio físico
- Exámenes
- Fecha de próximo control
- Educación

Apoyo social: proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda o apoyo de su red social

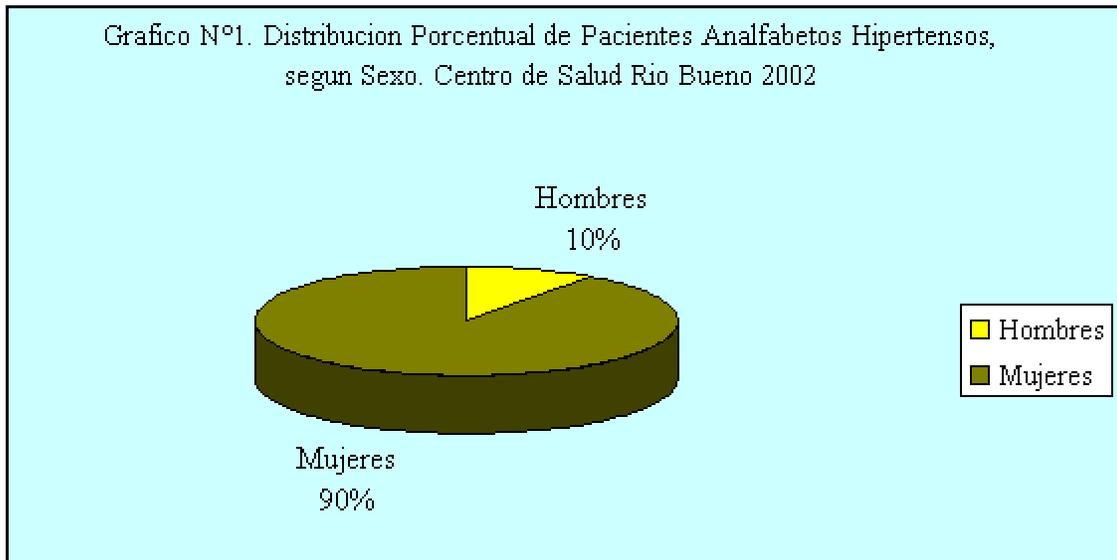
Evaluación mediante Cuestionario MOS de apoyo social (Sherbourne y Stewart,1991) constituido por 20 ítem clasificados en 4 subescalas, que miden:

- Apoyo emocional/informacional
- Apoyo instrumental o ayuda material
- Interacción social positiva
- Apoyo afectivo

La medición se realiza según puntuación, cuyo resultado entrega un índice global de apoyo social, distribuido entre un máximo(94), un valor medio(57) y un mínimo(19). En las subescalas los valores máximo, medio y mínimo son 40, 24 y 8 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 efectivo.

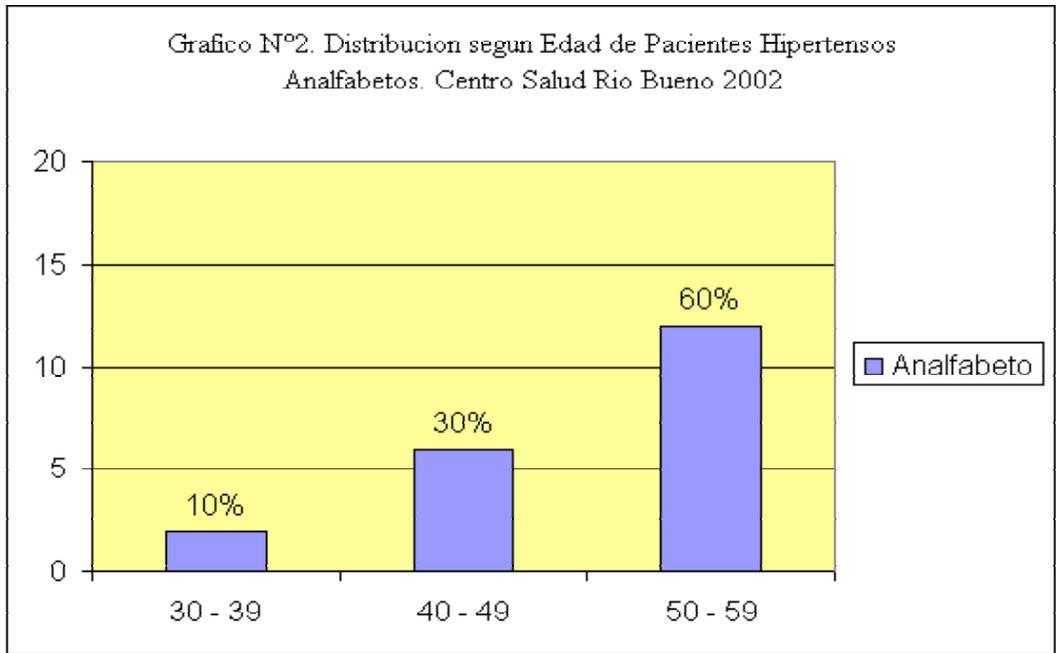
CAPITULO V RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

V.1 RESULTADOS



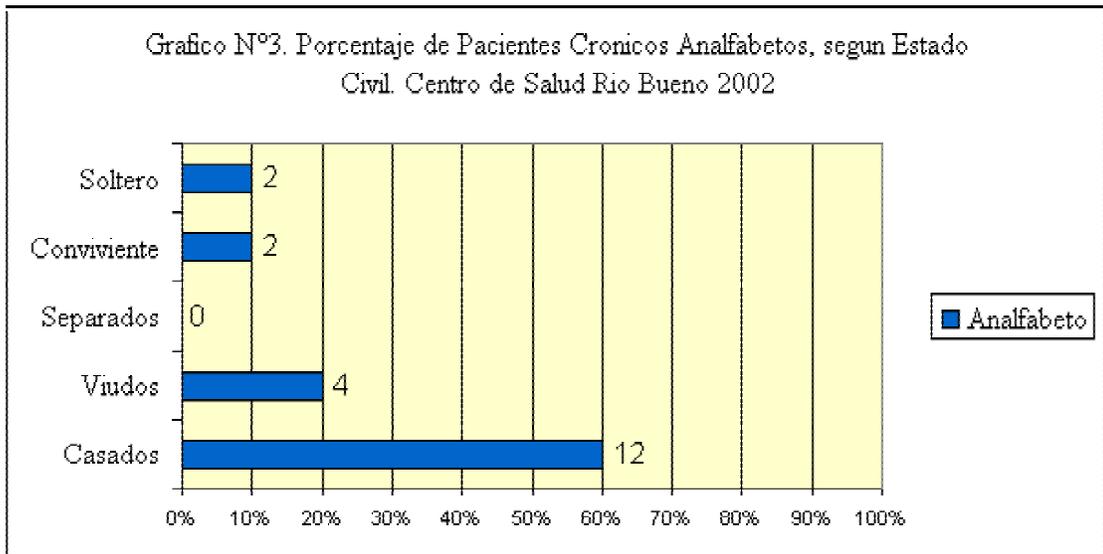
FUENTE: El analfabetismo como riesgo en salud: estudio comparativo en pacientes hipertensos. Centro de salud Río Bueno 2002.

ANÁLISIS GRAFICO N°1: la población analfabeta está compuesta preferentemente por mujeres en un 90% y el 10% de hombres.



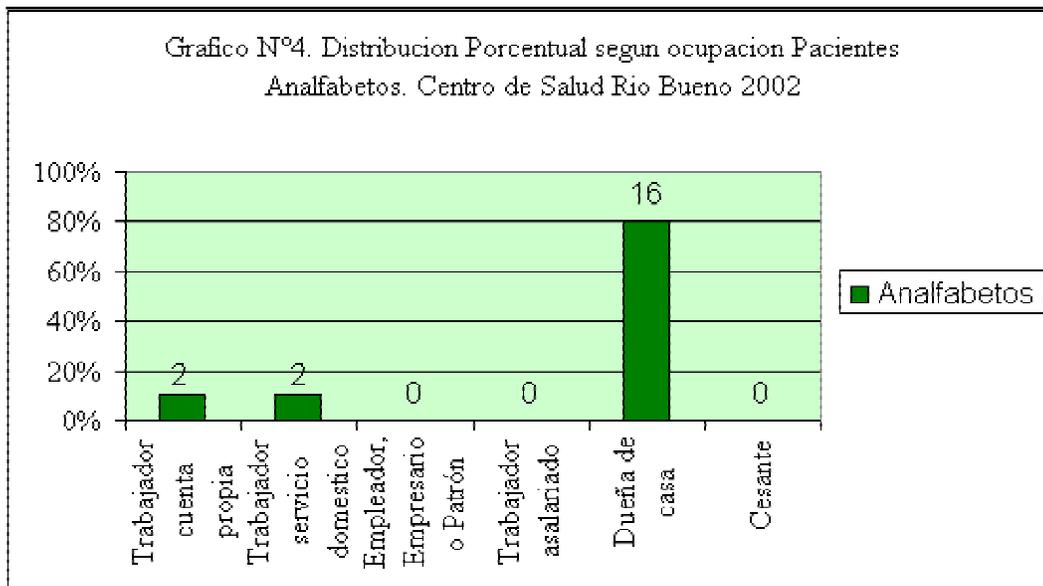
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°2: el 90% de la población analfabeta hipertensa tiene edades que fluctúan entre los 40 y 59 años de edad.



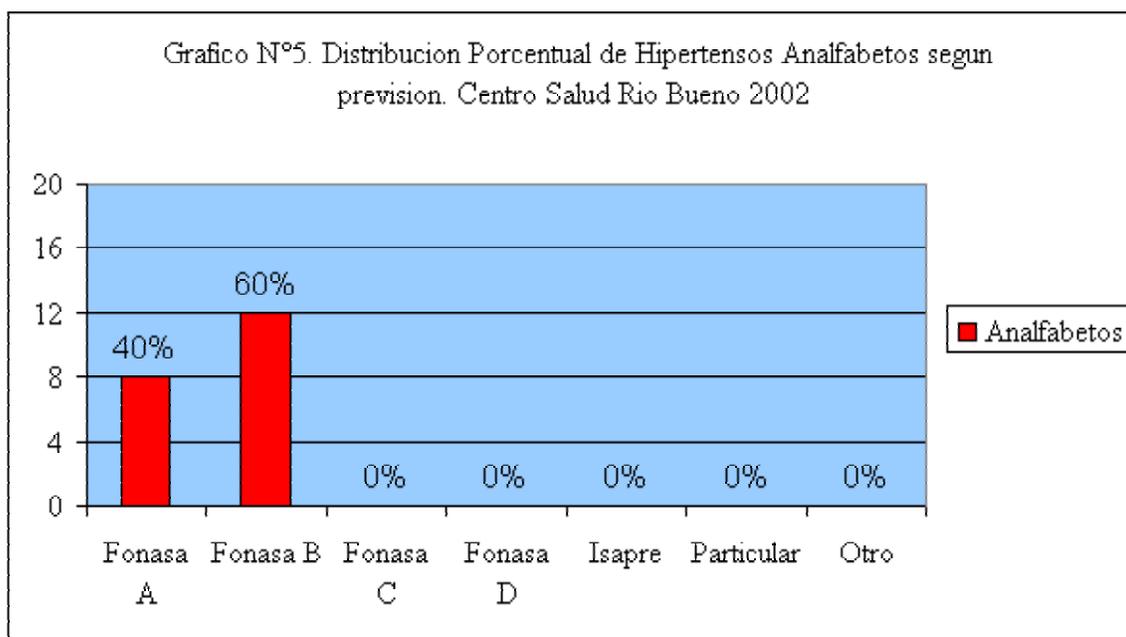
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°3: el 60% de la población es casada, 4 personas correspondiente al 20% están viudas y un 10% respectivamente, se encuentran solteros o conviviendo con su pareja.



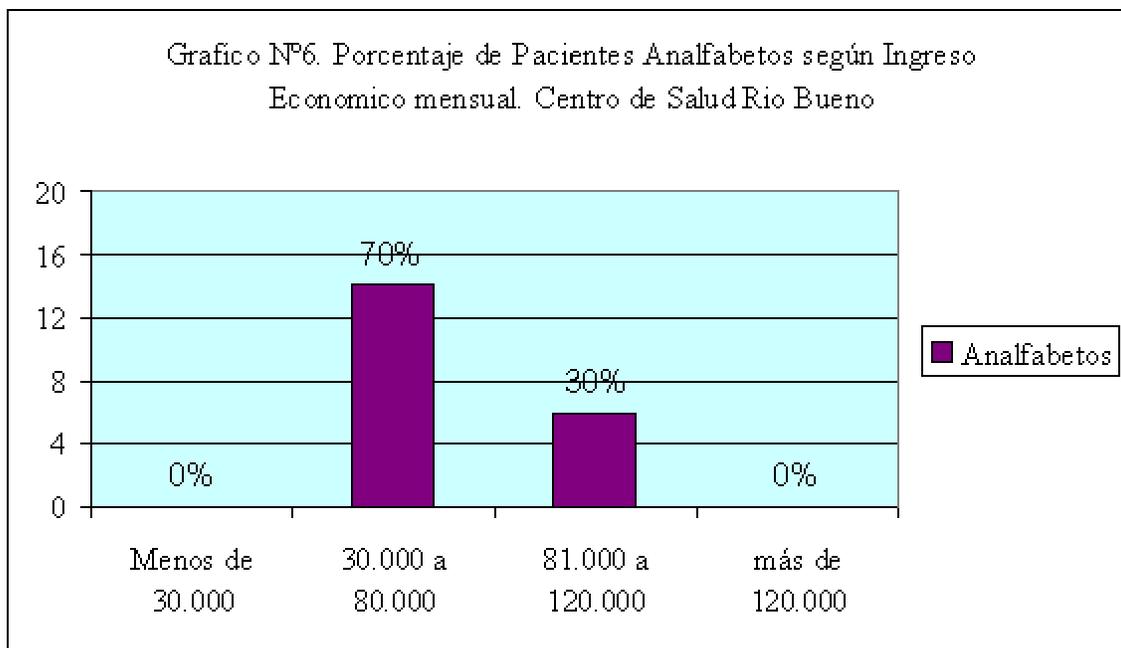
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°4: un 80% de la población analfabeta trabaja como dueña de casa, el 20% restante, se desempeña como trabajador por cuenta propia y de servicio doméstico.



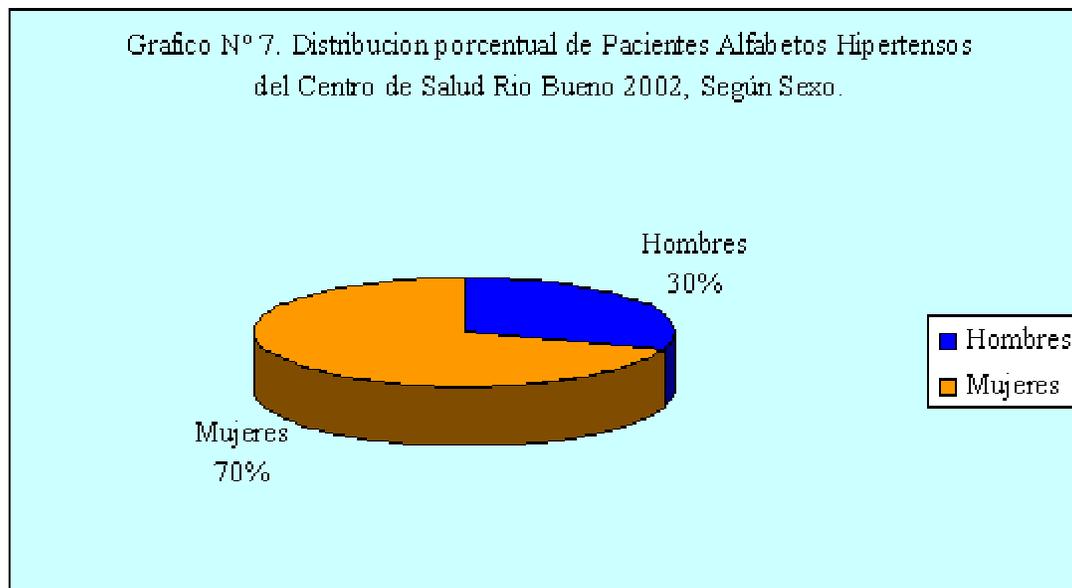
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°5: 12 pacientes hipertensos o sea un 60% de la población total analfabeta, tiene FONASA B y 8 personas, un 40% son FONASA A únicamente, tramos que no cancelan por la atención prestada.



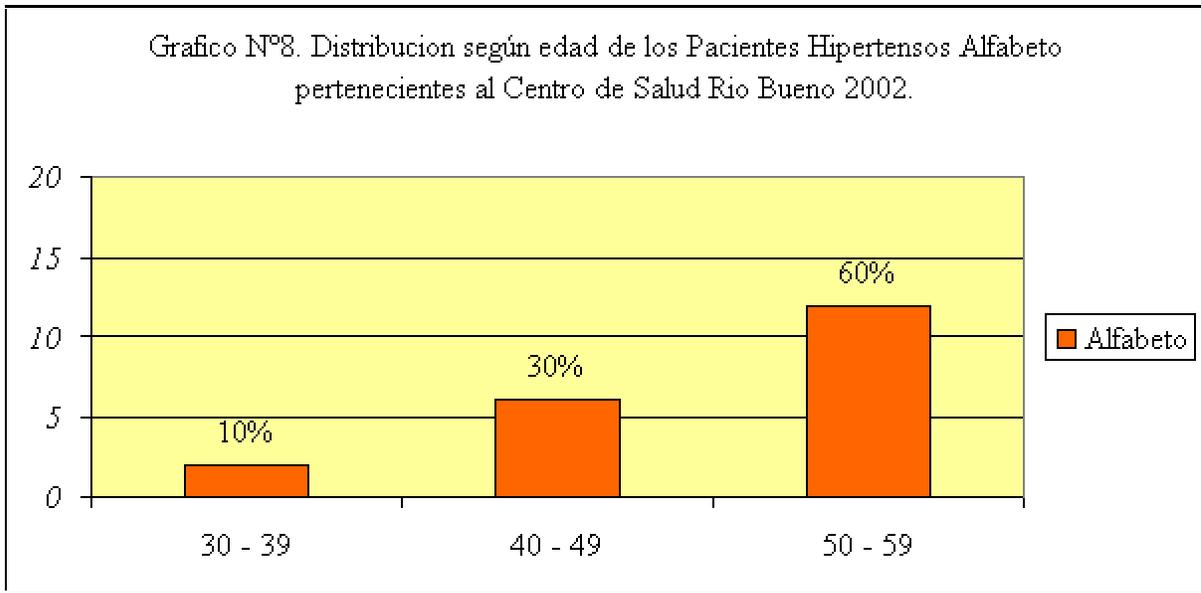
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°6: la población hipertensa analfabeta se concentra principalmente, según sus ingresos, entre los 30.000 y 120.000 pesos mensuales. En menor proporción 30% entre 81.000 y 120.000 pesos mensuales.



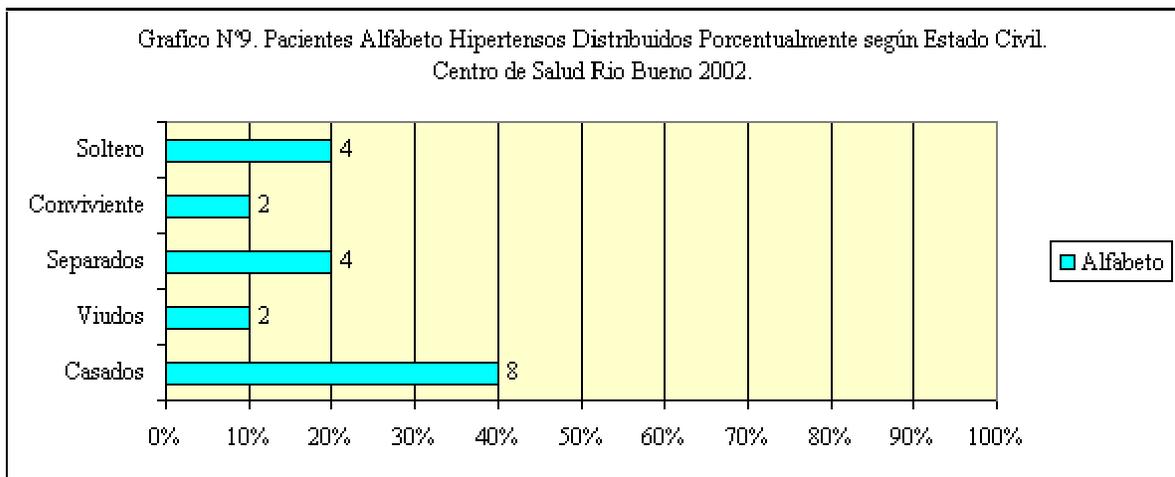
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°7: el 70% de la población son mujeres y un 30% hombres.



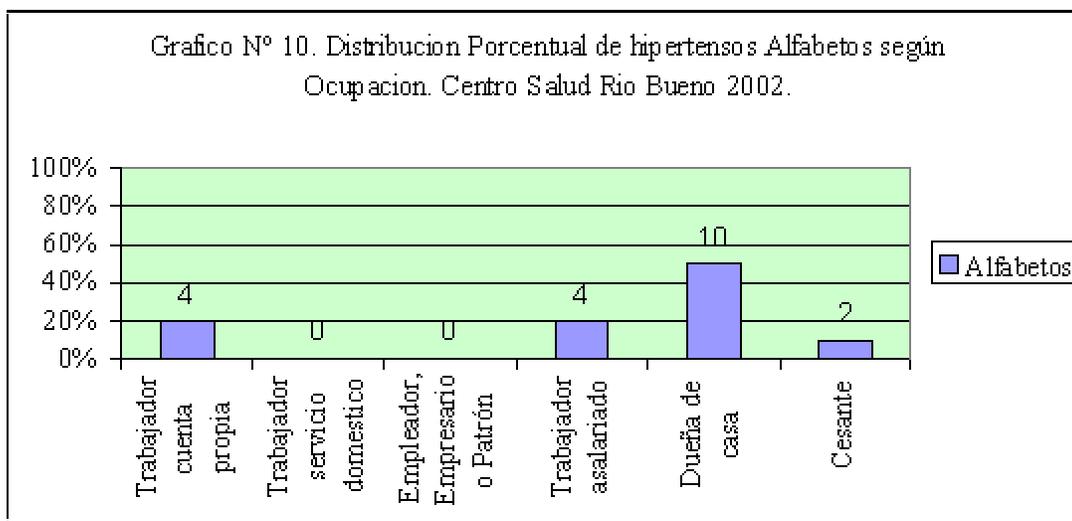
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°8: el rango de edad y por consiguiente el porcentaje de pacientes son los mismos que los del grupo de analfabetos, que en su mayoría se encuentran entre 40 y 59 años de edad, correspondiendo a un 90%.



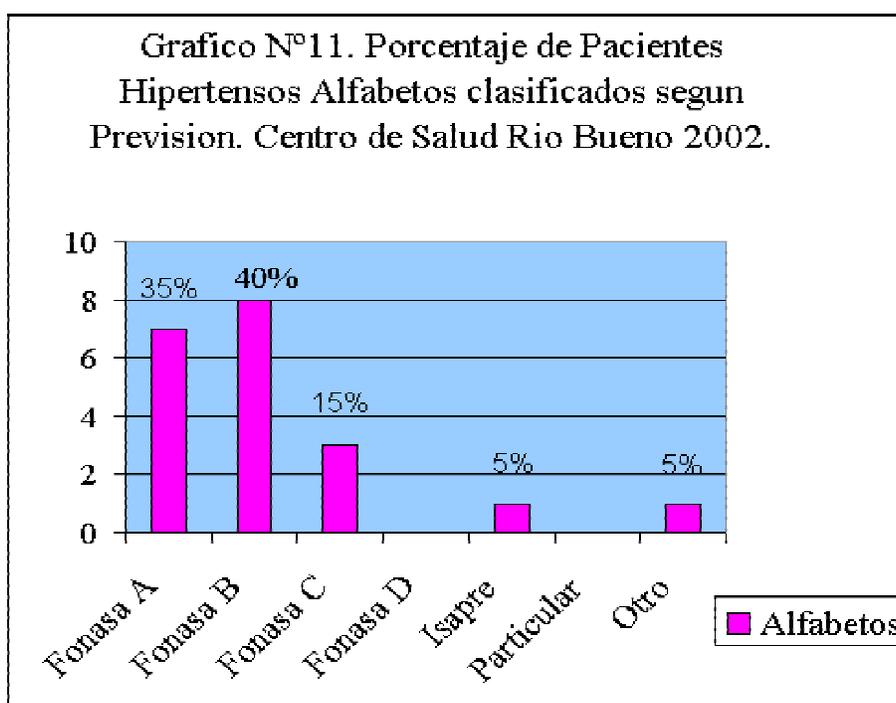
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°9: el estado civil se encuentra distribuido con un 40% como casados, 20% separados y solteros respectivamente y un porcentaje mínimo se encuentran viudos y convivientes.



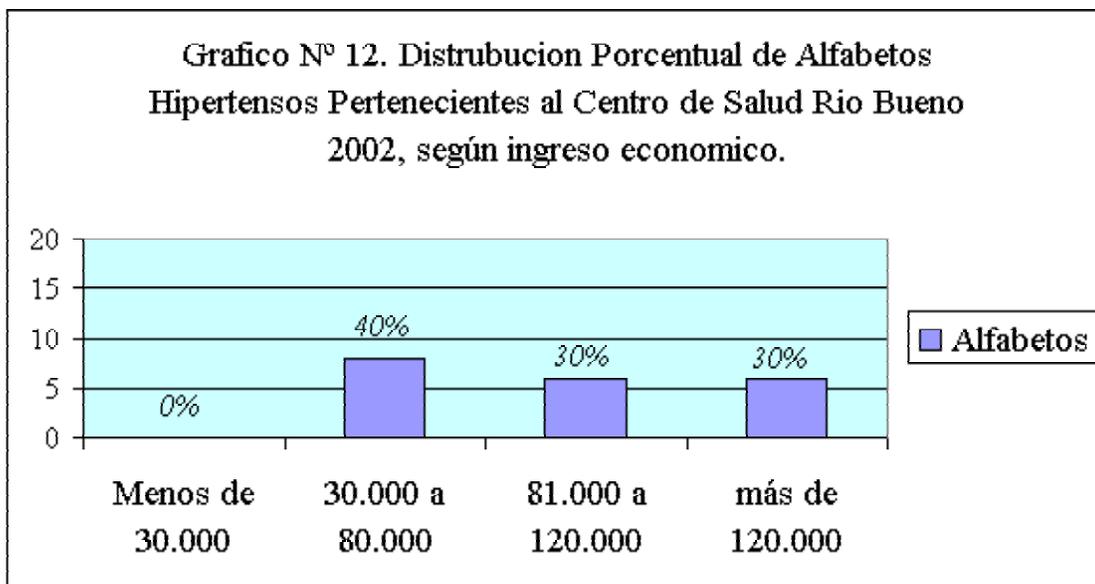
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°10: la mitad de la población son dueñas de casa, 8 personas un 40% trabajan por cuenta propia y asalariado, además se incluye un 10% de cesantía.



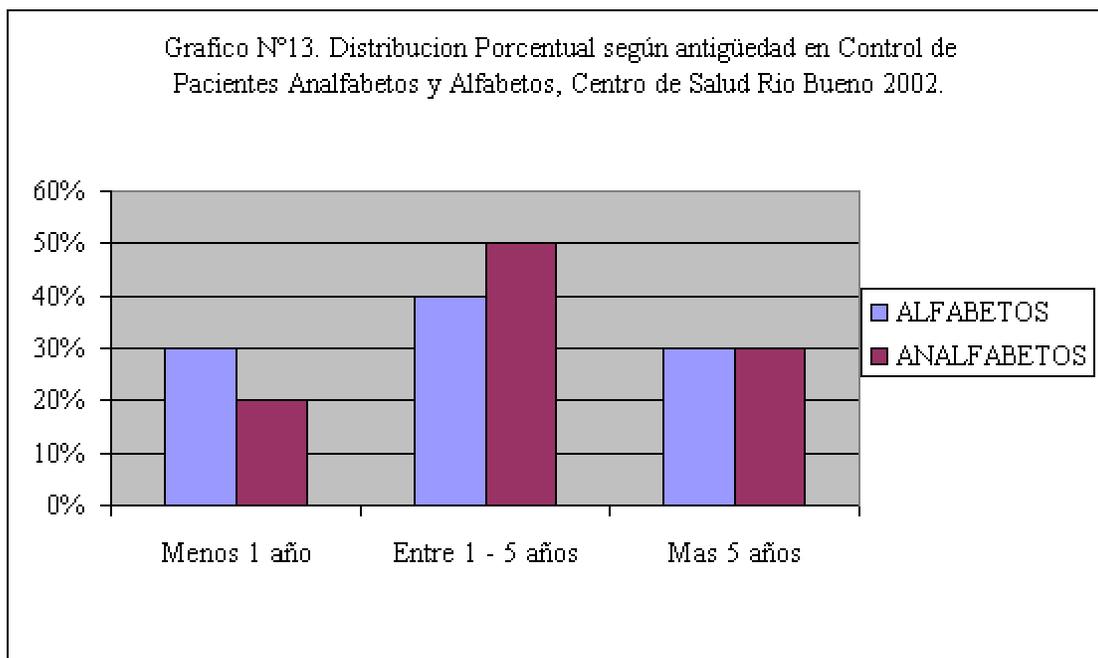
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°11: la mayoría de los pacientes se ubican según la previsión en FONASA tramo A y B, luego le siguen con un 15% FONASA C Y 5% respectivamente entre ISAPRE y otro (DIPRECA).



FUENTE: ídem

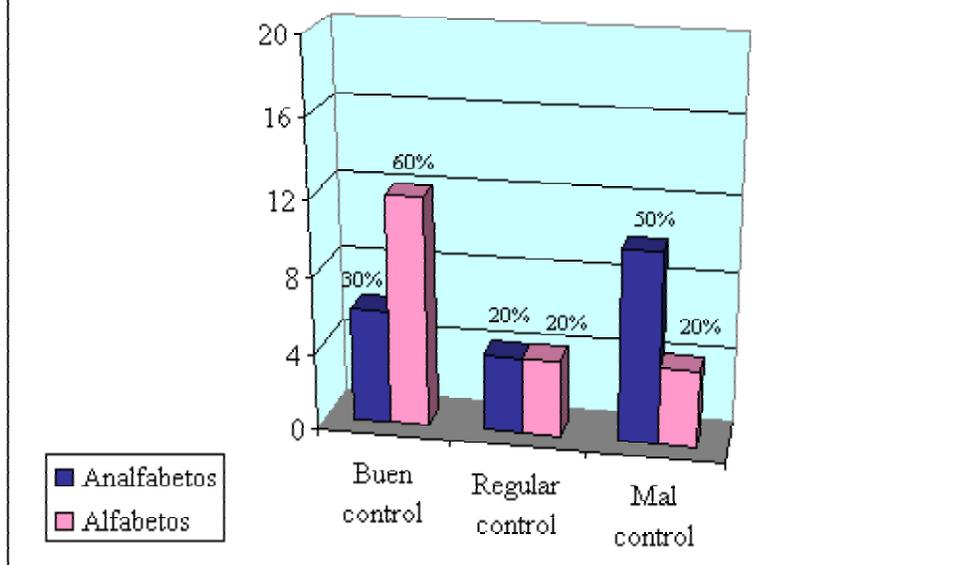
ANÁLISIS GRAFICO N°12: las familias de los pacientes alfabetos según su ingreso mensual se distribuyen ampliamente: un 40% de ellos cuenta con 30.000 a 80.000 pesos mensuales, 30% en el rango entre 81.000 y 120.000 pesos mensuales, igual porcentaje para más de 120.000 pesos.



FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°13: en los dos grupos de pacientes, alfabetos y analfabetos (40% y 50% respectivamente) se encuentran en control entre 1 y 5 años.

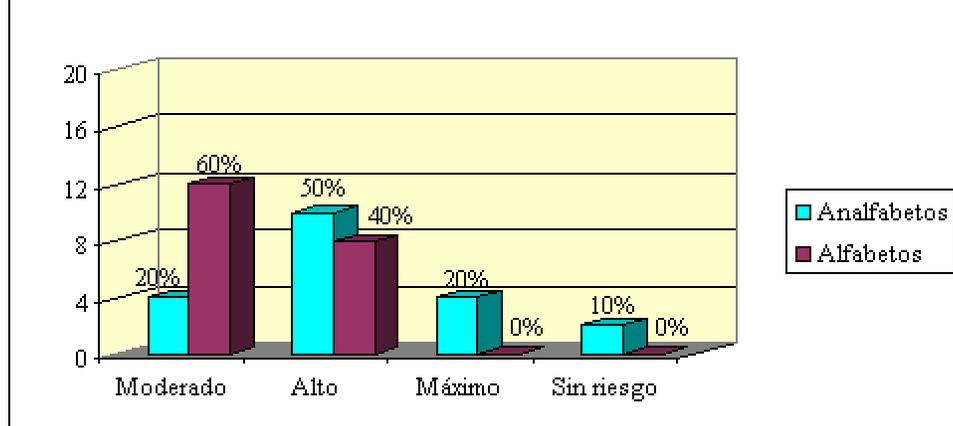
Grafico N°14. Distribucion Porcentual de Pacientes Alfabetos y Analfabetos según Clasificación Ultimo Control. Centro de Salud Rio Bueno 2002.



FUENTE: El analfabetismo como riesgo en salud: estudio comparativo en pacientes hipertensos. Centro de salud Río Bueno 2002.

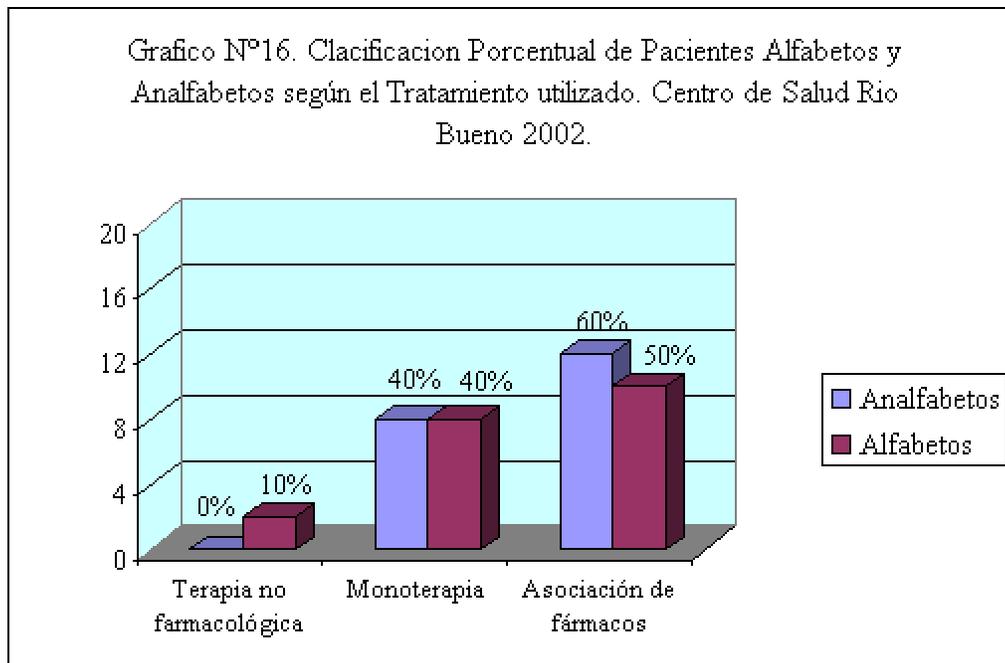
ANÁLISIS GRAFICO N°14: dentro de la población analfabeta, se destaca que el 70% de ellos mantiene un control deficitario, con cifras tensionales que se clasifican entre regular y mal control. Por el contrario la población alfabeta presenta un 60% de pacientes en buen control.

Grafico N°15. Porcentaje de Pacientes Alfabetos y Analfabetos según Riesgo Cardiovascular. Centro de Salud Rio Bueno 2002.



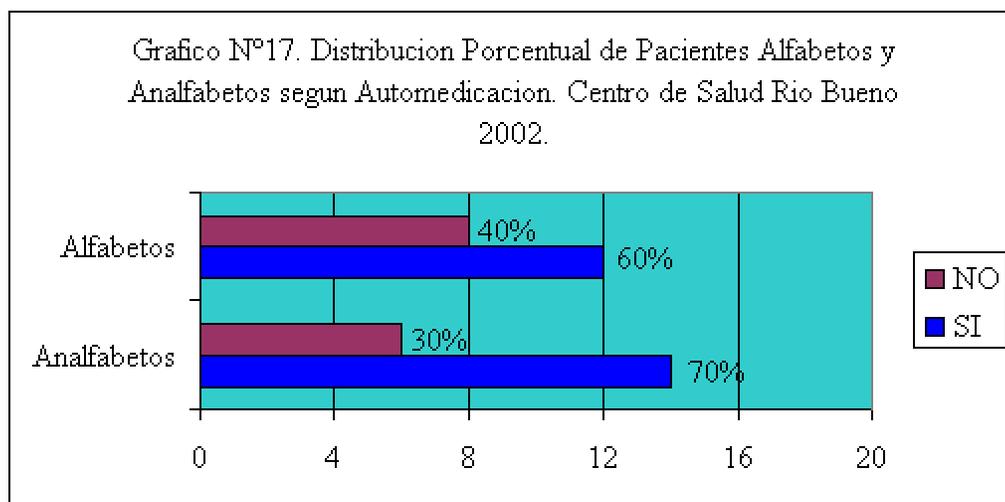
FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°15: los pacientes analfabetos presentan riesgo cardiovascular en sus niveles alto y máximo en un 70% de su población a diferencia de las personas alfabetas donde el buen control esta representado por el 60% .



FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°16: en los dos grupos de pacientes, el tratamiento más utilizado corresponde a la asociación de fármacos con un 60% y un 50%, en cada grupo respectivamente, también se destaca que un 40% de la población tanto alfabeto como analfabeto ocupan un solo fármaco como terapia antihipertensiva, con sólo dos pacientes alfabetos que no usan tratamiento farmacológico correspondiente a un 10%.



FUENTE: ídem

ANÁLISIS GRAFICO N°17: existen elevados porcentajes en los dos grupos 70% y 60% respectivamente, donde la población menciona administrarse fármacos sin previa indicación, solo 14 personas del universo encuestado afirma que no lo hace. Dentro de los fármacos más utilizados están los analgésicos, antiinflamatorios y antidepresivos.

TABLA N°3: Distribución numérica y porcentual de los pacientes alfabetos según indicaciones que recuerdan y el grado de compromiso existente. Centro de Salud Río Bueno 2002

Pacientes Alfabetos										
INDICACIONES	Revisión Ficha Clínica		Recordado por Paciente		Grado compromiso					
	N°	%	N°	%	SI		NO		A veces	
					N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación	10	30%	10	100%	4	40%	-	-	6	60%
Tratamiento Farmac.	18	90%	18	100%	16	88%	-	-	2	11%
Cuidados Generales	12	60%	8	66%	2	25%	6	75%	-	-
Exámenes	4	20%	4	100%	4	100%	-	-	-	-
Fecha prox. control	20	100%	18	90%	18	100%	-	-	-	-
Educación	6	30%	6	100%	6	100%	-	-	-	-

FUENTE: ídem

ANÁLISIS TABLA N°3:

- Alimentación: un 50% de 20 pacientes alfabetos tenía registrados en ficha dicha indicación. De estos 10 pacientes el 100%, la recordaba como indicación entregada en el último control, el 40% de ellos responde que si la cumple, mientras que el 60% restante cumple la indicación “a veces”.
- Tratamiento: de 20 pacientes, 18 tienen registro en ficha de la indicación, el 100% la recuerda, el 88% de los que la recuerdan la cumplen y sólo dos personas la cumplen “a veces”.
- Cuidados generales: del total de pacientes alfabetos, un 60% tiene la indicación registrada en la ficha clínica. De 12 personas, 8 recuerdan la indicación como entregada, un 25% de esas 8 personas si cumplen con lo pre-escrito y un 75% no lo hace.
- Exámenes: en el 20% de 20 pacientes alfabetos, existe registro en ficha de la indicación. El 100% de los pacientes la recordaron y el 100% manifiesta que si se tomo los exámenes o “si” se los tomará.
- Próximo control: el 100% de la población alfabeto en estudio tenía registrado en ficha la fecha del próximo control, un 90% la recordaba como indicación y un 100% de las personas que la recuerdan, acuden al control siempre.
- Educación: de 20 pacientes alfabetos hipertensos, sólo un 30% tiene el registro en ficha de esta actividad, todos los pacientes recordaron haberla recibido, igualmente un 100% de ellos, manifiesta hacer todo lo que se les explicó y sugirió en la educación.

TABLA N°4: Distribución numérica y porcentual de pacientes hipertensos analfabetos según indicaciones que recuerdan y el grado de compromiso. Centro de salud Río Bueno 2002

Pacientes Analfabetos										
INDICACIONES	Revisión Ficha Clínica		Recordado por Paciente		Grado compromiso					
	N°	%	N°	%	SI		NO		A veces	
					N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación	12	60%	10	83%	2	20%	-	-	2	20%
Tratamiento Farmac.	20	100%	15	75%	11	73%	-	-	4	26%
Cuidados Generales	2	10%	-	-	-	-	-	-	-	-
Exámenes	4	20%	2	50%	2	100%	-	-	-	-
Fecha prox. control	20	100%	10	50%	9	90%	1	10%	-	-
Educación	6	30%	2	33%	2	100%	-	-	-	-

FUENTE: ídem

ANÁLISIS TABLA N°4:

- Alimentación: el 60% de los pacientes analfabetos en estudio, tiene registrado el régimen como indicación, 10 personas o sea el 83% de estos pacientes la recuerda, de éstos 10 pacientes, 2 personas llevan a cabo lo pre-escrito, 2 personas manifiestan que “a veces” y 6 no realizan el régimen.
- Tratamiento: el 100% de los pacientes analfabetos del estudio mantiene registrado en ficha el tratamiento farmacológico, sólo el 75% recuerda la indicación, de estas 15 personas, 11 mencionan tomar los medicamentos siempre y 4 personas, un 26% manifiesta que a veces.
- Cuidados generales: sólo 2 personas de 20 pacientes analfabetos tiene registrado en su ficha la indicación de cuidados generales, sin embargo, ningún paciente menciona haberla recibido.
- Exámenes: el 20% de la población total de analfabetos, tiene registro de petición de exámenes de rutina, la mitad de ellos recordó haber recibido dicha indicación con un 100% de compromiso.
- Fecha próximo control: el 100% de los pacientes analfabetos mantiene registrado en ficha la fecha del próximo control, sin embargo, la mitad lo recuerda como indicación. El 90% de ellos afirma asistir en la fecha correcta y un 10% no asiste.
- Educación: 6 personas tienen registrado en su ficha la educación realizada, sólo 2 recuerdan haberla recibido con un alto porcentaje de compromiso.

CUESTIONARIO MOS

TABLA N°5: Distribución numérica y porcentual de pacientes alfabetos y analfabetos, según índice global. Centro de salud Río Bueno 2002.

APOYO SOCIAL INDICE GLOBAL	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Máximo	4	20%	8	40%
Medio	16	80%	12	60%
Mínimo	0	0	0	0

FUENTE: ídem

ANÁLISIS TABLA N°5:

- Índice global: tanto alfabetos como analfabetos presentan un red social o apoyo que en su mayoría se clasifican en un nivel medio y máximo, evidenciando la presencia de por lo menos una persona con quienes cuentan en momentos difíciles o de necesidad tanto psicológica como material.

TABLA N°6: Distribución numérica y porcentual de pacientes alfabetos y analfabetos, según apoyo instrumental. Subprograma crónicos Río Bueno 2002.

APOYO INSTRUMENTAL O AYUDA MATERIAL	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Máximo	4	20%	4	20%
Medio	12	60%	14	70%
Mínimo	4	20%	2	10%

ANÁLISIS TABLA N°6:

- Apoyo instrumental: el 60% de los pacientes analfabetos y el 70% de los alfabetos se clasifican en el nivel medio, demostrando que la mayoría de los pacientes cuenta con alguien con quien hablar y quien los ayuda cuando se encuentran enfermos, con excepción de la ayuda en aspectos domésticos en casos específicos donde sólo la persona encuestada realiza esta actividad.

TABLA N°7: Distribución numérica y porcentual, según interacción social positiva de pacientes alfabetos y analfabetos. Consultorio Río Bueno 2002.

INTERACCION SOCIAL POSITIVA	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Máximo	0	0	2	10%
Medio	18	90%	17	85%
Mínimo	2	10%	1	5%

FUENTE: ídem

ANÁLISIS TABLA N°7:

- Interacción social positiva: casi toda la población que integró el estudio se clasificó entre el nivel medio y mínimo, asociación que explica que los pacientes no realizan frecuentemente actividades de relajación e interacción con otros pares fuera de la familia.

TABLA N°8: Distribución numérica y porcentual de hipertensos alfabetos y analfabetos, según apoyo afectivo. Centro de salud Río Bueno 2002.

APOYO AFECTIVO	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Máximo	8	40%	8	40%
Medio	10	50%	12	60%
Mínimo	2	10%	0	0

FUENTE: ídem

ANÁLISIS TABLA N°8:

- Apoyo afectivo: la mayoría de los pacientes están entre los niveles máximos y medio con apoyo afectivo preferentemente familiar.

TABLA N°9: Distribución numérica y porcentual, según apoyo emocional de pacientes hipertensos alfabetos y analfabetos. Subprograma crónicos de Río Bueno 2002.

APOYO EMOCIONAL INFORMAL	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Máximo	4	20%	6	30%
Medio	16	80%	14	70%
Mínimo	0	0	0	0

FUENTE: ídem

ANÁLISIS TABLA N°9:

- Apoyo emocional informal: casi todos los pacientes alfabetos y analfabetos mencionan tener o considerar alguna persona en quien confiar, quien les brinda apoyo para entender cosas y resolver problemas, evidenciado más fuertemente en pacientes analfabetos, por lo tanto, se clasifican en esta subescala entre los niveles máximo y medio.

V.2 DISCUSION

La población analfabeta está compuesta preferentemente por mujeres entre los 50 y 59 años de edad que en su mayoría se encuentran casadas, lo que puede estar relacionado con que casi toda la población se desempeña como dueña de casa o trabajador de servicio doméstico. El ingreso económico mensual que tienen las familias de los pacientes analfabetos del estudio, reflejan el nivel socio-económico de la comuna, ubicándose mayoritariamente en el rango de entre 30.000 y 80.000 pesos mensuales, ingresos que pueden afectar tanto en la esfera psicosocial de los integrantes de la familia, como en el cumplimiento de las indicaciones y la salud. Es este nivel económico que incide en que todos los pacientes analfabetos hipertensos se agrupen según previsión exclusivamente en FONASA A y B.

El grupo de pacientes hipertensos alfabetos está compuesto principalmente por mujeres con el mismo rango de edad a fin de compararlos con el grupo de analfabetos. Según su estado civil en esta población hay mayor variación, existiendo una gran mayoría de personas casadas, pero también en un porcentaje considerable se encuentran separados y solteros. La escolaridad de la totalidad de los pacientes llega a la educación media completa, lo que se ve reflejado principalmente en la ocupación, donde además de haber un alto porcentaje de dueñas de casa, de la misma forma, existen pacientes que trabajan por cuenta propia y como trabajador asalariado. Al tener mayor educación, se opta por mejores trabajos, notándose un aumento en el ingreso económico principalmente en el rango correspondiente o más de 120.000 pesos mensuales. Así mismo la previsión al igual que en el grupo de analfabetos, mayoritariamente están en FONASA A y B pero además se agrega FONASA C y un mínimo porcentaje ISAPRE.

En el análisis de los aspectos propios de la patología crónica y con el fin de cumplir con los objetivos planteados para el estudio, se hace necesario la comparación de los resultados arrojados por las variables: antigüedad en control, clasificación último control, clasificación riesgo cardiovascular, tratamiento farmacológico, indicaciones y apoyo social.

La antigüedad en control es lo mismo para los dos grupos alfabetos y analfabetos, obteniéndose entre 1 a 5 años en el consultorio de Río Bueno como pacientes crónicos.

En cuanto a la clasificación de las cifras tensionales en el último control, se ve una marcada diferencia entre los dos grupos, destacándose que la mitad de la población analfabeta está en mal control mientras que la mayoría de los pacientes alfabetos se clasifican en buen control. Si se analiza en conjunto la proporción de regular y mal control, la diferencia es aún mayor. El riesgo cardiovascular muestra la misma tendencia, concentrándose principalmente como riesgo alto y máximo un porcentaje alto de pacientes analfabetos; por el contrario, la mayoría de los pacientes alfabetos se clasifican en riesgo cardiovascular moderado, considerando sólo factores de riesgo modificables, que se pueden abarcar mediante educación continua y cambios conductuales.

El tratamiento preferentemente utilizado en los pacientes, es el de asociación de fármacos, destacándose altos índices de automedicación en los dos grupos de análisis.

La mayoría de los pacientes alfabetos, recuerdan la totalidad de las siguientes indicaciones según lo registrado en la ficha: el régimen, tratamiento farmacológico, exámenes y educación. Entre los hipertensos analfabetos, no existe ninguna indicación que sea recordada por la totalidad de los pacientes donde existe registro en ficha, pues la mayoría recuerda sólo el régimen alimentario y el tratamiento farmacológico. La principal diferencia está en que la mitad de los pacientes analfabetos, no lograron recordar la fecha del próximo control, la educación o la indicación sobre cuidados generales, lo que podría de alguna manera incidir en que el grupo de estos pacientes muestran un peor control de la enfermedad, con presencia de un alto porcentaje de riesgo cardiovascular.

En general, el grado de compromiso sobre las indicaciones que se recuerdan, es alto en los dos grupos de pacientes encuestados, destacándose algunas indicaciones que logran cierto grado de incumplimiento, como el régimen alimentario principalmente, por comer igual con toda la familia o no poder dejar la sal, entre los pacientes analfabetos y lo que tiene que ver con los cuidados generales, como bajar de peso porque “no pueden” mencionado por los pacientes alfabetos. Como percepción, se ve poca conciencia sobre la enfermedad y el riesgo que conlleva para el futuro, independiente de la escolaridad de los pacientes.

Al analizar el apoyo social en su índice global, se puede mencionar que tanto los pacientes analfabetos como los alfabetos, mantienen en general una red social que los apoya y ayuda cuando lo necesitan, mostrando resultados que van entre el nivel medio y máximo únicamente. En la subescala de apoyo emocional informal, se ve la misma tendencia en los dos grupos, que en su mayoría mostraron porcentajes en el nivel medio, en casi todos los casos, los pacientes tienen a alguien con quien hablar, que los aconseje o los ayude a resolver problemas .

En cuanto al apoyo instrumental o ayuda material, los resultados se encuentran más distribuidos, si bien es cierto, hay mayoría en el nivel medio para los dos grupos de pacientes, existen personas que se ubicaron en el nivel mínimo, refleja que tienen que ver con que la población está preferentemente compuesta por mujeres dueñas de casa, quienes son las únicas que realizan las labores domésticas, no teniendo a nadie quien las ayude en estos aspectos cuando se encuentran enfermas.

En general los pacientes encuestados ya sea alfabetos o analfabetos no consideran el pasar un buen rato, divertirse o relajarse como actividades necesarias para el bienestar personal, si no que por el contrario, son acciones que se llevan a cabo aisladamente “hace años que no salgo” o nunca, este aspecto se ve claramente en la subescala de la interacción social positiva, donde la mayoría de las personas se clasifican entre el nivel medio y mínimo.

No existen diferencias notorias entre los dos grupos de pacientes en cuanto al apoyo afectivo, quienes resultaron clasificarse según el puntaje entre el rango medio y máximo principalmente. La mayoría de la vez las personas mencionaron tener a alguien a quien entregarle amor y afecto desde el punto de vista más bien familiar que de pareja.

CAPITULO VI CONSIDERACIONES FINALES

VI.1 CONCLUSIONES

Según el análisis cuantitativo, existe una brecha considerable entre los dos grupos de pacientes, en cuanto al control de la enfermedad crónica, no sólo por la clasificación de las cifras tensionales que presentan los pacientes analfabetos, sino que también por la alta presencia de factores de riesgo cardiovasculares. Al tratarse de una población joven, la educación cumple un rol importante, ya que tiene mayor efecto para provocar los cambios conductuales que necesitan ser intervenidos inmediatamente en pro de un futuro con mejor calidad de vida.

En forma estratégica, se hace necesario mejorar la forma de entregar la información, para que principalmente los pacientes analfabetos logren recordar más fácilmente las indicaciones y hacer que los tramites burocráticos que tienen relación con la atención diaria, sea más amigables, cercanos a la gente y fáciles de entender por todo tipo de pacientes.

El analfabetismo en este estudio se muestra como una condicionante que afecta no sólo al aspecto biológico de las personas, sino que también la esfera psicológica, experiencia que no fue medida pero vivida en cada visita; la mayoría de los pacientes analfabetos son personas preocupadas por su salud, pero se ven limitados en el momento de comprender las orientaciones que apoyan el tratamiento de la enfermedad.

El apoyo de la red social se destaca como eje principal para todos los pacientes, utilizada más frecuentemente por analfabetos, ya que los familiares se encargan de explicar los aspectos relacionados con la atención; es esta forma de comunicación la que debe ser potenciada por los equipos de salud y así ampliar los horizontes o metas terapéuticas hacia la familia.

Como factores de riesgo complementario que nace de las respuestas en el cuestionario MOS sobre la interacción social y el apoyo afectivo, cabe señalar que se visualiza una población más bien femenina, dueñas de casa que no socializan mucho con el medio extra familiar, no se dan el tiempo para ellas mismas e incluso no ha desarrollado de la mejor manera el amor de pareja, por lo tanto tendrían mayor probabilidad de sufrir periodos depresivos que afectarían de alguna u otra forma su autocuidado y el control de la enfermedad crónica.

El análisis de los resultados obtenidos no pretende provocar la estigmatización de la población analfabeta, si no que cambiar la perspectiva y la focalización de la atención que se entrega actualmente a estos pacientes, mejorando no sólo los resultados del control, si no que mejorando a su vez la autoestima haciéndolos partícipes de su propio

CAPITULO VII ANEXOS

VII.1 ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis : El Analfabetismo como riesgo en salud: un estudio comparativo en pacientes hipertensos. Centro de salud Río Bueno 2002.

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 llevara a 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.
- ❖ Le he realizado varias preguntas a cerca del estudio y sé, que puedo retirarme de él en cualquier momento.
- ❖ Mi identidad es confidencial, pero los resultados pueden ser divulgados o publicados

YO _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono

Firma:

Persona con la que se conversó el consentimiento:

Nombre:

Profesión

Firma

Fecha:

VII.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



ANEXO 2

INSTRUMENTO

analfabeto: _____

alfabeto: _____

N° de Ficha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Sexo: Femenino _____
Masculino _____

Edad: *¿Cuántos años cumplidos tiene?* _____ años.

Estado civil: *¿Cuál es su estado civil?* Casado _____
Soltero _____
Viudo _____
Separado _____
Conviviente _____

Ocupación: *¿Qué trabajo realiza actualmente?*

Trabajador por cuenta propia _____
Trabajador de servicio domestico _____
Empleador empresario o patrón _____
Trabajador asalariado _____
Dueña de casa _____
Cesante _____
Otro _____

Previsión: *¿Qué tipo de previsión tiene?*
FONASA A _____ ISAPRE _____
B _____ Particular _____
C _____ Otro _____
D _____

Ingreso económico: *¿Con cuánto dinero cuenta la familia mensualmente?*

Menos de 30.000 pesos _____
Entre 30.000-80.000 pesos _____
81.000-120.000 pesos _____
mas de 120.000 pesos _____

Antigüedad: *¿Cuánto tiempo lleva asistiendo donde la Enfermera de crónicos?*

Menos de 1 año _____
Entre 1-5 años _____
Mas de 5 años _____

Clasificación del ultimo control: (según revisión de ficha)

Menor o igual 130/85 : Buen control _____
131/86 – 140/90 : Regular control _____
mayor 140/90 : Mal control _____

Factores de riesgo

¿*Usted fuma?* Fumador _____
No fumador _____

<i>Presión Arterial</i>	<i>Ultimo control</i>
< 120 / <80	O = _____
<130 / <85	N = _____
130-139 / 85-89	NA = _____
140-159 / 90-99	E1 = _____
160-179 / 100-109	E2 = _____
>o igual 180 / >o igual 110	E3 = _____

Colesterol total

_____ Normal : menor 200 mg/dl
_____ Riesgo : 200-240 mg/dl
_____ Alto : mayor 240 mg/dl

Clasificación Riesgo Cardiovascular

_____ **Moderado** : 1 factor de riesgo presente
_____ **Alto** : 2 factores de riesgo presentes
_____ **Máximo** : 3 o más factores, o antecedentes personales de patología cardiaca

Tratamiento farmacológico

¿ *Cuántos remedios toma diariamente?* _____ N° de fármacos

Terapia no farmacológica _____
 Monoterapia _____
 Asociación de fármacos _____

¿ *Cuáles son los remedios que toma?*

NOMBRE

Diurético _____
 Bloqueadores adrenérgicos _____
 Vasodilatadores _____
 Bloqueadores de calcio _____
 Inhibidores enzima convertidora angiotensina _____
 Simpaticolíticos _____

¿ *Cuántas veces al día los toma?*

Nombre	Periodicidad
_____	_____ veces al día

¿ *Toma algún otro remedio a parte de los que son para la presión alta?*

Indicaciones ¿ *Qué cosas le dijo la enfermera o el medico en su último control?*

Alimentación o régimen	_____	_____	_____	_____	_____
Tratamiento farmacológico	_____	_____	_____	_____	_____
Cuidados generales: reducción de peso	_____	_____	_____	_____	_____
disminución alcohol	_____	_____	_____	_____	_____
ejercicio físico	_____	_____	_____	_____	_____
Exámenes	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha de próximo control	_____	_____	_____	_____	_____
Educación	_____	_____	_____	_____	_____

		Revisión	Mencionada	SI	NO	A VECES
		Ficha clínica	por el paciente	NO	Compromiso	PUEDE
POR	QUE	MOTIVO				
CUMPLIR???		_____				

VII.3 CUETIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? _____
 La gente busca otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otro tipo de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando los necesita?.

	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Mayoría Veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita 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 necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre 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 y 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 sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tarea domesticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y sus problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas principales	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

Puntaje apoyo emocional (3,4,8,9,13,16,17,19)	=	_____	(40,24,8)
Puntaje apoyo instrumental (2,3,12,15)	=	_____	(20,12,4)
Puntaje apoyo afectivo (6,10,20)	=	_____	(15,9,3)
Puntaje total	=	_____	(94,57,19)
Puntaje interacción social (7,11,14,y 18)	=	_____	(20,12,4)

VII.4 TABLAS

VII.4.a Distribución numérica y porcentual de pacientes analfabetos según sexo. Centro de salud Río Bueno 2002.

SEXO	Nº Pacientes Analfabetos	%
Mujeres	18	90%
Hombres	2	10%

FUENTE: El analfabetismo como riesgo en salud: estudio comparativo en pacientes hipertensos. Centro de salud Río Bueno 2002.

VII.4.b Distribución numérica y porcentual según edad de pacientes hipertensos analfabetos. Centro de salud Río Bueno 2002.

EDAD	Nº Pacientes Analfabetos	%
30 – 39	2	10%
40 – 49	6	30%
50 – 59	12	60%

FUENTE: ídem

VII.4.c Distribución numérica y porcentual de crónicos analfabetos según estado civil. Consultorio Río Bueno 2002.

ESTADO CIVIL	Nº Pacientes Analfabetos	%
Casado	12	60%
Viudo	4	20%
Separado	0	0
Conviviente	2	10%
Soltero	2	10%

FUENTE: ídem

VII.4.d Distribución numérica y porcentual según ocupación de pacientes hipertensos analfabetos. Subprograma crónicos Río Bueno 2002.

OCUPACION	Nº Pacientes Analfabetos	%
Trabajador por cuenta propia	2	10%
Trabajador servicio domestico	2	10%
Empleador, empresario o patrón	0	0
Trabajador asalariado	0	0
Dueña de casa	16	80%
Cesante	0	0

FUENTE: ídem

VII.4.e Distribución numérica y porcentual de hipertensos analfabetos, según previsión. Centro de salud Río Bueno 2002.

PREVISION	Nº Pacientes Analfabetos	%
FONASA A	8	40%
FONASA B	12	60%
FONASA C	0	0
FONASA D	0	0
ISAPRE	0	0
Particular	0	0
Otro	0	0

FUENTE: ídem

VII.4.f Distribución numérica y porcentual de hipertensos analfabetos, según ingreso económico. Centro de salud Río Bueno 2002.

INGRESO ECONOMICO EN PESOS	Nº Pacientes Analfabetos	%
Menos de 30.000	0	0
30.000 – 80.000	14	70%
81.000 – 120.000	6	30%
Mas de 120.000	0	0

FUENTE: ídem

VII.4.g Distribución numérica y porcentual de hipertensos alfabetos pertenecientes al Centro de salud Río Bueno 2002, según sexo.

SEXO	N° Pacientes Alfabetos	%
Mujeres	14	70%
Hombres	6	30%

FUENTE: ídem

VII.4.h Distribución numérica y porcentual según edad de hipertensos alfabetos, subprograma crónicos Río Bueno 2002.

EDAD	N° Pacientes Alfabetos	%
35 – 39	2	10%
40 – 49	6	30%
50 – 59	12	60%

FUENTE: ídem

VII.4.i Distribución numérica y porcentual según estado civil de pacientes alfabetos. Consultorio Río Bueno 2002.

ESTADO CIVIL	N° Pacientes Alfabetos	%
Casado	8	40%
Viudo	2	10%
Separado	4	20%
Conviviente	2	10%
Soltero	4	20%

FUENTE: ídem

VII.4.j Distribución numérica y porcentual según ocupación de pacientes alfabetos. Consultorio Río Bueno 2002.

OCUPACION	N° Pacientes Alfabetos	%
Trabajador por cuenta propia	4	20%
Trabajador servicio domestico	0	0
Empleador, empresario o patrón	0	0
Trabajador asalariado	4	20%
Dueña de casa	10	50%
Cesante	2	10%

FUENTE: ídem

VII.4.j Distribución numérica y porcentual según previsión de pacientes alfabetos hipertensos. Subprograma crónicos Río Bueno 2002.

PREVISION	Nº Pacientes Alfabetos	%
FONASA A	7	35%
FONASA B	8	40%
FONASA C	3	15%
FONASA D	0	0
ISAPRE	1	5%
Particular	0	0
Otro	1	5%

FUENTE: ídem

VII.4.k Distribución numérica y porcentual según ingreso económico mensual de pacientes alfabetos hipertensos. Consultorio Río Bueno 2002.

INGRESO ECONOMICO EN PESOS	Nº Pacientes Alfabetos	%
Menos de 30.000	0	0
30.000 – 80.000	8	40%
81.000 – 120.000	6	30%
Mas de 120.000	6	30%

FUENTE: ídem

VII.4.l Distribución numérica y porcentual según la antigüedad en control de pacientes alfabetos y analfabetos hipertensos. Centro de salud Río Bueno 2002.

ANTIGUEDAD EN CONTROL	ALFABETOS		ANALFABETOS	
	Nº	%	Nº	%
Menos 1 año	6	30%	4	20%
Entre 1 - 5 años	8	40%	10	50%
Mas 5 años	6	30%	6	30%

FUENTE: ídem

VII.4.m Distribución numérica y porcentual según clasificación ultimo control de pacientes alfabetos y analfabetos hipertensos. Subprograma crónicos Río Bueno 2002.

CLASIFICACION ULTIMO CONTROL	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Buen Control	3	30%	6	60%
Regular control	2	20%	2	20%
Mal Control	5	50%	2	20%

FUENTE: ídem

VII.4.n Distribución numérica y porcentual de hipertensos alfabetos y analfabetos según riesgo cardiovascular. Centro de salud Río Bueno 2002.

RIESGO CARDIOVASCULAR	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
Moderado	2	20%	6	60%
Alto	5	50%	4	40%
Máximo	2	20%	0	0
Sin riesgo	1	10%	0	0

FUENTE: ídem

VII.4.ñ Distribución numérica y porcentual de hipertensos alfabetos y analfabetos según tratamiento antihipertensivo. Centro de salud Río Bueno 2002.

TRATAMIENTO	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
No farmacológico	0	0	2	10%
Monoterapia	8	40%	8	40%
Asociación	12	60%	10	50%

FUENTE: ídem

VII.4.o Distribución numérica y porcentual según automedicación de pacientes alfabetos y analfabetos. Consultorio Río Bueno 2002.

AUTOMEDICACION	ANALFABETOS		ALFABETOS	
	N°	%	N°	%
SI	14	70%	12	60%
NO	6	30%	8	40%

FUENTE: ídem

BIBLIOGRAFIA

- Influencia de la red social en la Salud
[en línea] [http : // www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congreso](http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congreso)
[consulta: 26/11/2002]
- Leddy S. , Pepper J. 1985 Bases conceptuales de la Enfermería profesional. El proceso de la investigación. Modelos de enfermería. Relación de comunicación y ayuda. Pensilvania,1ª edición.159p
- Ministerio de salud 1995. Normas técnicas hipertensión arterial. Programa de salud del adulto.
- Pineda E. , de Alvarado E. , de Canales F.1994 Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud.2ª edición OMS
- Programa Interdisciplinario de estudios gerontológico de la Universidad de Chile
[en línea] [http : // www.gerontologia.uchile.cl/docs/entre_1.htm](http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/entre_1.htm).
[consulta: 28/08/2002]
- Publicación electrónica servicio de salud metropolitano
RED SALUD ORIENTE
[en línea] [http // www.ssmn.cl/docu/redsaludorient8.pdf](http://www.ssmn.cl/docu/redsaludorient8.pdf)
[consulta 4/09/2002]
- Reorientación de los programas de hipertensión y diabetes
Gobierno de Chile
[en línea] [http :// www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
[consulta 29/08/2002]
- Revista electrónica Instituciones y desarrollo
América latina profundiza la brecha del analfabetismo
[en línea] [http // www.iigov.org/re03/artio103.htm](http://www.iigov.org/re03/artio103.htm)
[consulta 08/09/2002]
- Revista electrónica sobre economía y desarrollo CATO Institute
Analfabetismo buenas y malas noticias
[en línea] [http // www.elcato.org/ analfabetismo.htm](http://www.elcato.org/analfabetismo.htm)
[consulta 30/09/2002]
- Rouslin Sh., Werner A. Teoría Interpersonal en la practica de la Enfermería. Relación interpersonal en Enfermería. Ed. Masson. 243p
- Tazón M., García J. 2000. Relación y comunicación en enfermería. Comunicación con el paciente. U Plutense. España

- Zurro M., Cano P. 2000 Compendio de Atención Primaria. Hipertensión Arterial. Investigación en atención primaria Madrid: Harcourt.