



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA PARROQUIA DE ZHUD DURANTE
EL PERIODO ENERO –JUNIO 2011**

Trabajo de investigación previa a la obtención del título
en la especialidad de Medicina Familiar.

Autora: Dra. Diana Andrade.

Director : Dr. José Sola.

CUENCA – ECUADOR

2011

AGRADECIMIENTO

Un imperecedero a agradecimiento a todos los catedráticos, que con su profesionalismo, me supieron guiar durante toda esta etapa de estudios, permitiéndome culminar una meta mas en mi carrera de profesional.

Mi agradecimiento muy especial, al Dr. José Sola, Director del trabajo investigativo, al Dr. Alberto Quezada, quienes supieron compartir sus conocimientos.

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo lo dedico con mucho cariño a mi Madre Nohemí, la razón de mi ser, a mi esposo Rigoberto, quienes me dan Amor y Apoyo incondicional.

INDICE

Resumen.....	1
Summary.....	2
Introducción.....	3
Método.....	11
Resultado.....	13
Discusión.....	18
Conclusiones	
Recomendaciones	
Bibliografía.....	21
Anexos.....	23

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD DE ZHUD
DURANTE EL PERIODO ENERO A JUNIO 2011

RESUMEN

La presente investigación se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de la población de Zhud valorados durante el periodo de Enero a Junio del presente año.

Los pacientes investigados fueron identificados durante visitas domiciliarias en la comunidad y en la consulta externa del subcentro de salud de Zhud, de este modo se pudieron incluir 20 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario elaborado para valorar adherencia y conocimientos acerca del tratamiento antihipertensivo, y además se les aplicó el test de FFSIL para determinar el grado de funcionalidad o disfunción familiar; para a su vez relacionarlos.

El estudio se efectuó en 20 familias de las cuales 11 fueron funcionales es decir el 55% y 9 disfuncionales, es decir el 45% en ellas se determinó su relación con el cumplimiento y conocimiento del tratamiento antihipertensivo..

SUMMARY

FAMILY functioning and adherence to the treatment in patients HIPERTENSOS of the community of ZHUD during the period January - June 2011

The present research was conducted with the purpose of determining the relationship between family function and adherence to therapy in hypertensive patients of the population of Zhud valued during the period January to June of this year. Investigated patients were identified during home visits in the community or in the external consultation of the Central of Zhud health, thus could be included 20 patients who I apply them a prepared test to assess knowledge of antihypertensive treatment and adherence, and them is also apply the test of FFSIL to determine the degree of functionality or family dysfunction; at the same time relating them. The study is took place in 20 families, of which 11 were functional and dysfunctional 9, they will determine its relationship with the compliance and knowledge of antihypertensive treatment.

INTRODUCCION

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas: La función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual, y es precisamente este uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar (Herrera.P,1997).

En diversos estudios de la Universidad del Valle, se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes entidades como: Embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación.

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares, sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga

dificultad para abordar tales temas. En esas oportunidades el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sean necesarios.

El estrés psicosocial puede producir modificaciones neuroendocrinas e inmunológicas que hacen a la persona más susceptible a varias enfermedades infecciosas respiratorias, cardiovasculares y perinatales. ***“La función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas en quienes no resulta evidente una causa biomédica de su molestia, sobre todo en consultadores crónicos, en individuos con múltiples síntomas inespecíficos, en sujetos con infecciones a repetición sin una causa identificable, y en enfermos con somatización del estrés.”***

Ahora, el concepto de familia disfuncional es ya de uso común y, al menos de forma aproximada, mucha gente lo entiende. Su origen se encuentra en el área de la psicología y en un principio sirvió para designar a aquellas células de la sociedad con situaciones conflictivas que iban en detrimento del buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, en concreto de adolescentes y niños. A partir de esta idea se han explicado muchos fenómenos, entre ellos alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o

delincuencia, de modo que un juicio apresurado podría señalarle como el origen y único depositario de los males comunitarios.

Empero, los conocimientos que se han generado en cuanto a las relaciones humanas nos obligan a redefinir este término para apreciar todos sus matices pues, como indica Cecilia Quero Vásquez, terapeuta adscrita a la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología (Amapsi), “debemos explicar que la palabra disfuncional nos dice que la familia ‘no funciona’, es decir, no cumple las labores que le atribuye la sociedad, pero esto no es tan literal. Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven. Por otra parte, los pacientes suelen decirnos que ‘tienen problemas y discuten, como todo el mundo’, y con esto nos recuerdan que ellos no son los únicos con dificultades”.

La especialista afirma que es importante comprender que en el hogar encontramos un grupo primario, es decir, aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados, descubre quién es con base en sus características físicas y psicológicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas, pero también que la familia es un sistema que sirve como intermediario entre la sociedad y el individuo (mesosistema).

En este sentido, indica que “debemos poner atención en el momento en que las cualidades de este grupo afectan el crecimiento de sus integrantes, pues aunque los más vulnerables tienden a ser los hijos, porque están en formación, cuando vamos al fondo es común descubrir que una familia disfuncional afecta a todos y también puede ser una fuente de frustración para los padres”.

Por ejemplo, si el varón se restringe a su rol de proveedor de la casa, que socialmente sigue siendo una de sus principales participaciones, hará todo lo posible por obtener lo que hace falta para cubrir las necesidades de su grupo y esto implica que la presión que sienta por su situación económica le afectará. Asimismo, cuando la madre se desempeña en una dinámica absorbente como ama de casa y/o profesionista, dedicando todo su esfuerzo a sus seres queridos y sin obtener los resultados que espera, se va a llenar de frustración.

“Los adultos necesitan llevar a cabo su proyecto de vida, tener niveles de aspiración, porque de no ser así la familia puede convertirse en una fuente de obstáculos. En esto debemos poner mucha atención, cuando las necesidades ya no se están cubriendo al 100%, porque todos son perjudicados, no sólo los niños”.

Durante las últimas décadas ha habido una transformación dietaria por un aumento de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, sacarosa, sodio. Asociado a estos cambios se está observando un aumento en el incremento de enfermedades crónicas. La gente consume haciendo elecciones basados en un sistema de factores sociales y culturales (Busdiecker, 2000).

La atención en los pacientes con enfermedades crónicas debería establecer un modelo que incorpore la visión antropológica dentro de los elementos necesarios, para una calidad en la prevención y el control de los pacientes. Un acto terapéutico eficaz entre el enfermo y el profesional es el que se logra solo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para médicos como para pacientes (Lopez.2008).

Ahora partiendo de esto nuestra finalidad es determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes de la comunidad de Zhud, debido a que esta entidad es una patología muy frecuente entre la población ecuatoriana y que se la define como un padecimiento crónico de etiología variada que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia

hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

La HTA se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad elevadas, es uno de los problemas de salud pública más importantes, especialmente en los países desarrollados. En nuestro país la hipertensión constituye la tercera causa de mortalidad general.

Muchas veces se suele subestimar la participación de la hipertensión arterial en el daño vascular que da lugar a la muerte. Si la misma no es tratada, el 50% fallece de cardiopatía, el 33% de apoplejía, y del 10% al 15% de insuficiencia renal. (Perez.D, 2009).

Se denomina hipertensión arterial, cuando la presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es mayor de 90 mmHg. En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg en

el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas. (Goodman-Gilman 2001).

CLASIFICACION SEGÚN VALORES

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normotensión	< 140	< 90
Hipertensión-Leve	140-160 y/o	90-100
Hipertensión-Moderada	160-180 y/o	100-110
Hipertensión-Grave	180	110
Hipertensión-Sistólica	140	90

La hipertensión arterial es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que se encuentra en el 21 al 25% de la población adulta general. Esta cifra obliga a que todo médico, independientemente de su grado académico o especialización, deba tener un conocimiento claro y lo más profundo posible del padecimiento, ya que sería imposible que la Hipertensión arterial fuera vista y tratada solamente por especialistas.

Una de las principales patologías causadas por la hipertensión arterial suele ser la retinopatía hipertensiva que son las alteraciones sufridas por las arteriolas, el parénquima retiniano, el nervio óptico y la coroides en el curso del proceso hipertensión. Al ser causada por una presión arterial diastólica elevada es generalmente bilateral y simétrica.(Cáceres 2000.p.2).

Se la estudia a través de la exploración del fondo de ojo y nos sirve para saber si hay daño hipertensivo en los vasos sanguíneos y además que nos informa el grado de daño causado por el proceso hipertensivo. Según la clasificación de Keith y Wagener podemos encontrar 4 grados de retinopatía:

Retinopatía grado I: Estrechamiento arteriolar. Traduce actividad de la Hipertensión.

Retinopatía grado II: Aumento del reflejo arteriolar ("hilos de plata"). Traduce cronicidad del proceso hipertensivo.

Retinopatía grado III: Aparición de exudados algodonosos y hemorragias retinianas. Traduce hipertensión grave o maligna.

Retinopatía grado IV: Edema papilar. Se presenta cuando la hipertensión está excesivamente elevada. Traduce encefalopatía hipertensiva y edema cerebral.

Otra complicación importante suele ser la Cardiopatía Hipertensiva en la que al examinar un paciente hipertenso por la palpación del ápex en posición de Pachón, se puede encontrar un levantamiento sistólico sostenido, que puede sugerir hipertrofia ventricular izquierda. Si además se palpa o se ausculta un 4 ruido en el ápex, se refuerza el diagnóstico. La evaluación inicial, de todo paciente hipertenso debe perseguir al menos 6 objetivos como son. Establecer si la HTA es o no mantenida y su magnitud, buscar la existencia de causas curables de HTA, valorar la presencia de afección de órganos diana, y/o enfermedades cardiovasculares, detectar la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular, identificar otras enfermedades concomitantes, evaluar el estilo de vida del paciente. Para conseguir los citados objetivos nos apoyamos en la historia clínica, la exploración física y algunas exploraciones complementarias (Moliner et al.2004).

La radiografía de tórax sigue siendo un método útil, para precisar en el paciente hipertenso el tamaño del corazón, condiciones de la aorta torácica y presencia o no de congestión pulmonar. En la hipertensión arterial el tamaño del corazón puede ser normal, al igual que la aorta. En los casos de hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo se aprecia la punta del corazón redondeada y corazón de tamaño normal. Se puede encontrar en la cardiopatía hipertensiva elongación y ateromatosis aórtica. La presencia de cardiomegalia y congestión pulmonar en un paciente hipertenso tiene el significado de insuficiencia cardíaca.

Usualmente el daño hipertensivo a la vasculatura y al parénquima renal es paulatino, crónico, evolutivo y silencioso; permanece asintomático hasta que se hace aparente la insuficiencia renal. El paciente comienza a retener urea, ácido úrico y creatinina en el plasma. En la fase avanzada de la insuficiencia renal aparece el síndrome urémico con importante retención de urea, creatinina, hiperkalemia, anemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, proteinuria y edema que puede llegar a la anasarca.

La hipertensión arterial es uno de los más importantes factores que contribuyen a la aterosclerosis, y de ahí que los pacientes con hipertensión arterial frecuentemente se complican de infarto del miocardio (aterosclerosis coronaria), infarto cerebral (aterosclerosis de las arterias carótidas o intracerebrales), claudicación intermitente (aterosclerosis obliterante de miembros inferiores), trombosis mesentéricas o aneurisma aórtico, ya sean abdominales o de la aórtica torácica descendente.

El estudio de los electrolitos puede dar pauta para el diagnóstico de aldosteronismo (hipokalemia). Además de los estudios señalados, es útil en la búsqueda de una causa secundaria de hipertensión arterial. La cuantificación de aldosterona plasmática se encontrará elevada en caso de aldosteronismo primario; en el feocromocitoma estarán elevadas las catecolaminas plasmáticas y/o urinarias. En el Síndrome de Cushing estarán

elevados los 17 cetosteroides y los 17 hidroxisteroides urinarios. En el síndrome adrenogenital estarán ambos disminuidos.

El estudio radiográfico, la ultrasonografía abdominal y la tomografía axial computada podrán descubrir litiasis urinaria o tumores suprarrenales. Estudios más especializados como el renogramma y el estudio angiográfico de las arterias renales podrán demostrar la presencia de una estenosis de arteria renal. Todos estos estudios sólo se indicarán si existe un fundamento clínico de sospecha para hipertensión secundaria.

Según las guías españolas las medidas no farmacológicas se deben instaurar en todos los hipertensos y también en individuos con PA normal-alta, bien sea como tratamiento de inicio, bien complementando al tratamiento farmacológico. El propósito es reducir la PA y prevenir el desarrollo de enfermedades Cardiovasculares. Estas recomendaciones están incluidas en las hojas informativas o consejos sobre HTA que se suelen entregar en las consultas de Atención Primaria. Algunas de sus ventajas son: Presentar pocos efectos secundarios, mejorar la calidad de vida, prevenir diversas patologías, potenciar la acción de los fármacos, y favorecer una actitud activa por parte del paciente (Icart.M 2007 pág. 49).

Los estilos de vida que favorecen el aumento de las cifras de presión arterial, son: La ingesta excesiva de sal en la dieta, la obesidad, la ingesta de más de 80 ml de bebidas alcohólicas al día, el hábito de fumar, el uso de gotas

nasales vasoconstrictoras, otros medicamentos con efecto adrenérgico como algunos anorexígenos, la cocaína. El propósito de dichas medidas es reducir la presión arterial y prevenir el desarrollo de enfermedad. En ocasiones las medidas señaladas pueden ser suficientes para normalizar las cifras tensionales.

También es importante el Autocuidado que es el desarrollo de habilidades especializadas que les permiten cuidar de su salud, estas tienen un profundo significado cultural y pueden ser adquiridas de forma intencional en estados de salud o enfermedad en el individuo (Landeró Olvera. E 2004, pag71) En el autocuidado pueden influir elementos propios del individuo o del ambiente en el que vive, llamados factores básico condicionantes. (Fernandez.A, 2004).

El autocuidado está constituido por las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas. Es un deber y un derecho para consigo mismo y la sociedad.

La educación de la persona hipertensa y su familia, debe ser la principal actividad sanitaria en cada contacto. Las personas con conocimientos sobre su afección y motivados a la participación tienen mayor adherencia al tratamiento, evitando el abandono, lo que representa la mayor causa de fracaso del mismo.(Bianchi.D,2000 pag9)

El control de las cifras tensionales ha demostrado mejorar el pronóstico en pacientes con diabetes mellitus y la Hipertensión .Sin embargo, un obstáculo para conseguir un adecuado grado de control de ambos procesos lo constituye el incumplimiento farmacológico, que en patología crónica cardiovascular oscila entre el 40%-60%, y el no farmacológico entre el 70% y el 95% (García A.et.al.2004, pág. 56).

La adherencia al tratamiento puede considerarse una forma de afrontamiento a la enfermedad, en tanto el paciente active recursos personológicos, en función de minimizar los efectos del padecimiento. Otro factor a tener en cuenta es el apoyo social, que puede favorecer la salud, creando un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona, contribuir a amortiguar los efectos negativos de acontecimientos estresantes que se producen en la vida del sujeto. Este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas (Matos 2007).

El Apoyo social, que tiene un efecto protector sobre múltiples parámetros relacionados con la salud como por ejemplo la morbilidad psiquiátrica, los resultados obstétricos, el crecimiento infantil, y la recuperación de enfermedades o trastornos crónicos (Menéndez. C.et.al 2003 pág. 103).

Obviamente, si bien estas medidas son necesarias no debemos olvidar que únicamente son coadyuvantes al tratamiento farmacológico.

Dentro de las normas generales de prescripción, se debe tener en cuenta que, el tratamiento para la HTA sistólica aislada debe ser el mismo que la HTA Mixta, el mismo tratamiento que a los mayores de 55 años en pacientes mayores de 80 años considerando sus patologías concomitantes y otros fármacos que tomen, preferiblemente fármacos de una sola dosis diaria, preferiblemente fármacos genéricos si son apropiados y minimizan costos, proporcionar información sobre beneficios y efectos secundarios, de los fármacos al paciente para que participe en su elección.(Guías 2006 p 14).

Seguir una prescripción terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos (Orieta.S,2005).

En cuanto a la meta de presión arterial establecida es de menos de 140mmhg para la sistólica y menos de 90mmhg para la diastólica. En personas hipertensas o con enfermedad renal, la meta de presión arterial establecida es de menos de 130mmhg (Tortos,2004).

Al paciente con hipertensión arterial grado I o II, se recomienda iniciar el tratamiento con un solo fármaco. Si el paciente hipertenso tiene un síndrome hiperkinético, la mejor opción es un beta bloqueador, y es inconveniente el

uso de vasodilatadores como los calcio antagonistas o bloqueadores alfa ya que exacerban la hipercinesia circulatoria. En pacientes en quienes se sospecha expansión del espacio extracelular (especialmente mujeres) la mejor opción es el tratamiento diurético como monoterapia, son menos efectivos los beta bloqueadores y están contraindicados los vasodilatadores que empeoran la retención de líquido y la expansión del espacio intravascular. Pueden ser igualmente efectivos los inhibidores de la ECA. En ancianos con hipertensión arterial sistólica es preferible el uso de calcioantagonistas como fármacos de primera elección. El paciente con hipertensión esencial de grado III, requiere necesariamente el uso de varios fármacos para lograr un control eficiente de la hipertensión arterial. En esta forma se prefiere iniciar el tratamiento con beta bloqueador y diurético (tiazidas y ahorradores de potasio). Si no se logra un control efectivo de las cifras tensionales puede agregarse un inhibidor de la ECA. Cuando no se logra normalización de las cifras tensionales se pueden usar vasodilatadores (hidralazina, minoxidil, prazosina) que reducen las resistencias vasculares. Los calcio antagonistas pueden ser utilizados en este tipo de pacientes cuando no se logra controlar la hipertensión con los fármacos ya enunciados o porque haya que suspender su administración por efectos colaterales indeseables como son: ataque de gota (tiazidas), asma o insuficiencia cardíaca (betabloqueadores) o tos persistente (inhibidores de la ECA). Los calcio antagonistas también pueden producir efectos colaterales indeseables

(edema, rubor facial) que pueden obligar a su suspensión o cambio por otro fármaco de distinta familia.

El paciente con hipertensión arterial de grado IV, constituye una emergencia o urgencia hipertensiva, por lo que su tratamiento requiere hospitalización y terapia inmediata.

Hablamos de hipertensión arterial cuando se conoce la causa de la hipertensión arterial, se intentará suprimirla con el objeto de dar tratamiento a la enfermedad. En ocasiones aún cuando se reconoce la causa, no es posible dar tratamiento y el médico sólo se conformará con reducir las cifras de presión arterial con fármacos, tal y como acontece en el paciente que padece lupus eritematoso o diabetes mellitus y nefropatía, pielonefritis crónica, hipoparatiroidismo con nefrocalcinosis, arteritis de Takayasu con graves lesiones arteriales renales bilaterales y en otros territorios, insuficiencia renal que puede controlarse con tratamiento médico y/o métodos dialíticos. En otras ocasiones el reconocimiento de alteraciones mecánicas como la coartación aórtica o la estenosis de arterias renales puede ser aliviado con tratamiento quirúrgico o con angioplastia percutánea; en este último caso puede tener indicación la nefrectomía unilateral cuando el riñón isquémico se encuentra atrófico y con función insuficiente o sin función. El diagnóstico de tumores productores de hormonas (Síndrome de Cushing, aldosteronismo primario, feocromocitoma, etc.) deben ser

extirpados quirúrgicamente y ello será suficiente para normalizar las cifras de presión arterial.

Por último, en pacientes con insuficiencia renal crónica en fase terminal quienes serán sometidos a trasplante renal y cuya hipertensión arterial no es posible controlar farmacológicamente, debe considerarse la nefrectomía bilateral como opción para el tratamiento de la hipertensión arterial refractaria. En la mayoría de estos casos se logra la normotensión al erradicar el padecimiento que condiciona la hipertensión arterial; sin embargo, hay pacientes en los que a pesar de lograr este objetivo, las cifras tensionales permanecen elevadas. En ellos es posible que además del padecimiento causal de la hipertensión, padezcan una forma esencial de la enfermedad que coincide en el mismo sujeto. Como conclusión general se puede decir que el tratamiento del paciente hipertenso deberá ser individualizado tomando en cuenta edad, cuadro clínico, condiciones hemodinámicas y efectos colaterales de los fármacos.

Por todo lo mencionado y como se describió al inicio la hipertensión Arterial es una enfermedad que afecta a un elevado número de personas a nivel mundial. En los países industrializados esta situación resulta particularmente acusada, pero en los países en vías de desarrollo su prevalencia ha aumentado progresivamente en los últimos años. Se estima que para el año

2025 la proporción de la población afectada por la enfermedad que en estos momentos es del 25% podría aumentar hasta un 29%.

La mayoría de los países latinoamericanos tiene una mortalidad cardiovascular que representa entre el 11,6 y el 43,5% de la mortalidad general, siendo la primera causa de muerte en la mayoría de ellos. La prevalencia de la HTA reportada en los países de Latinoamérica es variable, pero la mayoría se encuentra entre el 20 y 30% para la población adulta, esta prevalencia se incrementa con la edad (Armas ,2006).

La hipertensión arterial constituye un problema de salud de considerable importancia en nuestros días, no solamente por los perjuicios que ocasiona en la salud de las personas, sino también, por el número apreciable de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta por su condición de factor de riesgo de otras patologías (Coutin.G,2001).

La Hipertensión Arterial constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y renal, identificándose como uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y la tercera causa de incapacidad de la población general.

Como factor de riesgo cardiovascular, la Hipertensión Arterial es potencialmente “modificable”, y todas las intervenciones para su control son

importantes. La magnitud del problema de la Hipertensión Arterial y su impacto sobre la morbilidad cardiovascular, determinan la necesidad de mejorar y actualizar el conocimiento de la misma, su tratamiento y control, El adecuado manejo terapéutico de los pacientes resulta fundamental para lograr la estabilidad de las cifras tensionales y para prevenir las complicaciones, que constituyen realmente el mayor peligro para la vida de los hipertensos.

La Atención Primaria de Salud (APS) es el eslabón básico para el tratamiento de la Hipertensión, por lo que la adecuada y actualizada preparación farmacológica de los médicos de familia reviste una marcada importancia. En su formación profesional, los estudiantes de Medicina reciben la asignatura Farmacología en el tercer año de la carrera, y luego en Medicina Interna al estudiar la Hipertensión Arterial integran los conocimientos adquiridos con la clínica y la semiología. La actualización en el tratamiento de esta temática tan controvertida, queda en la educación del postgraduado según intereses, disponibilidad y facilidades de los médicos, elementos que no siempre se reúnen para facilitar esta capacitación.

Considero que la labor del Médico de Familia puede tener un impacto positivo en el adecuado control de la enfermedad, por lo que es importante la actualización de conocimientos farmacológicos de estos profesionales, pues el dominio pleno y actualizado en el tratamiento de esta enfermedad,

garantizará la prevención de complicaciones, la adherencia al tratamiento y la atención integral e individualizada en cada caso. La realización de una intervención educativa adecuada podría suprimir las deficiencias detectadas.

Como estudiante del postgrado de la salud familiar, he visto la necesidad de realizar un enfoque integral a las personas que presentan hipertensión arterial, que es una enfermedad en donde la Atención Primaria de salud es el eslabón básico para su tratamiento y en donde también la familia juega un papel importante en el tratamiento y cuidado del paciente hipertenso. La hipertensión es mundial y está asociada al modo y estilo de vida de la civilización moderna que incluye patrones de alimentación inadecuados, el sedentarismo, desconocimiento de cómo cuidar la salud, aspectos de conducta relacionados con hábitos tóxicos y además la situación económica social baja en la mayoría de la población, determinan aspectos negativos y disfuncionales en la sociedad y sobre todo a la población más vulnerable como son los adultos mayores. En el mundo se estima que 691 millones de personas padecen de hipertensión arterial y en la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15 % y un 30 % de la población. En la comunidad de Zhud, perteneciente al Cantón Cañar existen alrededor de 20 pacientes con hipertensión arterial. Es por ello que estos pacientes así como sus familias deben de estar auto facultados para tener la capacidad de control sobre su vida, un reforzamiento de la autoestima y una socialización y

valoración de las experiencias de sus vivencias. Cuando una persona conoce las razones de por qué tiene que cambiar un hábito o un estilo de vida poco saludable, está en disposición de saber más sobre un tema y de cómo llevarlo adelante siempre y cuando nosotros como personal de salud sepamos ayudarles y comprometernos no sólo con el paciente sino también con la familia, es por eso que creo que la ejecución de este proyecto en el sector Zhud, facilitará la adherencia del máximo de pacientes que padecen de hipertensión arterial, y que sean partícipes activos del grupo de hipertensos conformado, al identificar y en lo posible buscar soluciones a la disfunción familiar. De esta manera realizar un seguimiento continuo y consecutivo, a través de visitas domiciliarias, entrevistas programadas, involucrar además directamente a las familias para que colaboren en el cuidado y tratamiento de la enfermedad de su paciente.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación analítica con diseño para un estudio transversal de asociación, planteándonos como hipótesis a comprobar que los pacientes con familias funcionales tienen mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo manifestado por cumplimiento en la toma de la medicación y de las recomendaciones medicas.

La muestra se constituyó por la captación de los pacientes durante las visitas domiciliarias y en la consulta externa en el Subcentro de Salud de la comunidad de Zhud durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de Enero a Junio del presente año bajo el criterio de que disponga de un diagnóstico previo de HTA.

LAS VARIABLES DE ESTUDIO FUERON

- Variable dependiente: Falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- Variable independiente: Funcionalidad Familiar.

A los pacientes identificados y que aceptaron participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario “anexo 2” que fue validado en personas con hipertensión arterial de la comunidad del Subcentro de Salud de Javín por dos ocasiones para su mejor pertinencia según los objetivos que nos planteamos, y su adecuación, mejorando la forma de redacción de sus preguntas de tal manera que nos permita recoger información relevante para la investigación. Al final se consiguió crear un cuestionario que se aplicó a las personas con hipertensión en la Parroquia Zhud, con una mejor formulación de las preguntas que nos facilitó su aplicación mejoró la comprensión por parte de los pacientes y de esta forma se obtuvo la información básica y necesaria para determinar el grado de cumplimiento de las recomendaciones prescritas por el médico, el apoyo familiar que percibe el paciente, y el conocimiento de las principales complicaciones de la enfermedad que se consideraron como puntos claves durante la investigación. También se aplicó en cambio el test de FF-SIL (anexo 3) para poder valorar el grado de función o disfunción familiar.

Se consideró la adherencia al tratamiento como el cumplimiento en las indicaciones con respecto a: Cambios en los hábitos alimenticios, toma del antihipertensivo, y la realización de ejercicio.

La funcionalidad familiar se operacionalizó como funcional o disfuncional sin distinguir grados utilizando el test de FFSIL para clasificarla.

La información que se obtuvo fue llevada en las encuestas aplicadas y se creó una base de datos en el programa SPSS en donde se tabularon y analizaron los datos; la relación entre funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo se determinó utilizando el Test de Chi cuadrado que nos permite relacionar dos variables, y la fuerza de asociación a través de la V de Cramer.

RESULTADOS

Durante los meses de Enero a Junio se captaron 20 pacientes hipertensos que aceptaron participar en el estudio y de los cuales el 60% correspondieron a hombres. La edad promedio de los integrantes fue de 62 años con un mínimo de 45 años y un máximo de 85 años, en ellos obtuvimos la siguiente información:

Tabla 1
Estado civil de los pacientes hipertensos de la Parroquia de Zhud
Enero-Junio 2011

ESTADO CIVIL		
Condición	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	3	15.0
casado	10	50.0
divorciado	1	5.0
Viudo	6	30.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En esta tabla podemos apreciar que la muestra estuvo constituida principalmente por personas casadas; Ahora si tomamos en cuenta la compañía se observa que tenemos 10 personas con pareja y 10 personas sin pareja; esto es importante si vamos a valorar apoyo familiar.

Ahora en estos pacientes se valoró el grado de conocimiento de la enfermedad y los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Tabla 2
COMO CONSIDERAN A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL LOS
HIPERTENSOS DE LA PARROQUIA DE ZHUD?
Enero-Junio 2011

CREE UST QUE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES UNA ENFERMEDAD PERMANENTE?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	SI	13	65.0	65.0
	NO	7	35.0	100.0
	Total	20	100.0	

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En esta segunda tabla podemos apreciar que la mayoría de los pacientes estudiados estiman que la hipertensión arterial es una enfermedad permanente; este dato nos sugiere que el paciente está consciente de su enfermedad lo que es muy importante para el cumplimiento del tratamiento.

Tabla 3
LA DIETA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
SEGÚN LO CONSIDERAN LOS HIPERTENSOS
DE LA COMUNIDAD DE ZHUD.
ENERO-JUNIO 2011

CREE USD QUE ES IMPORTANTE LA DIETA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	45.0
NO	11	55.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En esta tabla podemos apreciar que lamentablemente más de la mitad de los pacientes hipertensos no creen que la dieta es importante en su tratamiento, obviamente esto sería un factor de riesgo para el cumplimiento de las recomendaciones prescritas.

También se estudio el cumplimiento en la toma del antihipertensivo y en las recomendaciones medicas, y obtuvimos los siguientes resultados:

Tabla 4
OLVIDO DE LA TOMA DEL ANTIHIPERTENSIVO EN LOS PACIENTES DE
LA COMUNIDAD DE ZHUD
ENERO-JUNIO 2011

A OLVIDADO TOMAR SU MEDICACION?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	25.0
NO	15	75.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Aquí se representa el cumplimiento en la toma del antihipertensivo, se puede apreciar que la mayoría de los pacientes no interrumpen su tratamiento, desafortunadamente un 25% manifiesta haber olvidado alguna vez tomar su medicación.

Tabla 5
CUMPLIMIENTO DE LA DIETA RECOMENDADA A LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD DE ZHUD
ENERO-JUNIO 2011

Usted ingiere la dieta que le recomendó su médico?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	55.0
NO	9	45.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Aquí se observa que la mayoría de los hipertensos ingieren la dieta recomendada por el médico, afortunadamente si relacionamos este dato con los resultados de la tabla número 3 vemos que el desconocer la importancia de la dieta no afecto su cumplimiento.

Tabla 6
ACTIVIDAD FISICA EN LOS HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD DE
ZHUD
ENERO-JUNIO 2011

Realiza usted actividad física?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	95.0
NO	1	5.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Esta sexta tabla muestra que la mayoría de los pacientes si realizan actividad física, como parte del tratamiento que su médico le recomendó.

Un aspecto muy importante al realizar esta investigación fue el estudiar la funcionalidad y el rol de la familia en el cuidado del paciente hipertenso, lo que se pudo determinar fue lo siguiente:

Tabla 7
PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LA VISITA MEDICA
ENERO-JUNIO 2011

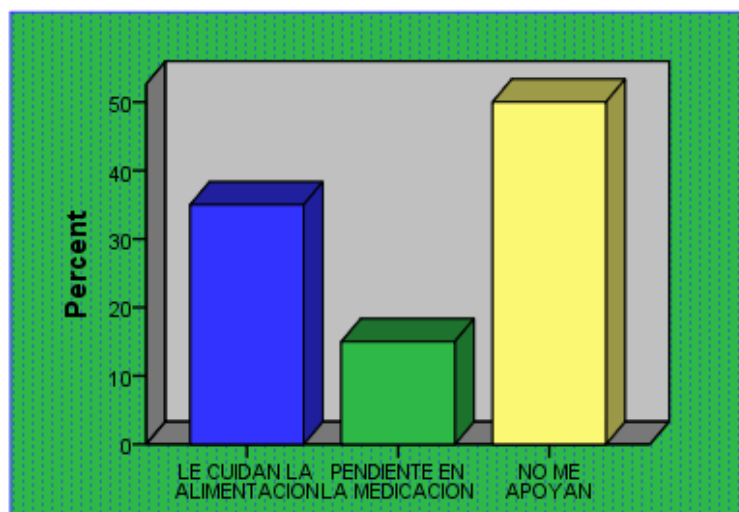
Le acompaña un familiar durante la visita médica?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	55.0
NO	9	45.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Este dato nos sugiere que la familia en la mayor parte de los pacientes asume su rol en el cuidado de su pariente, esto obviamente nos ayuda en el control y cumplimiento de las prescripciones.

Grafico 2
TIPO DE APOYO FAMILIAR QUE PERCIBEN LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD DE ZHUD
ENERO-JUNIO 2011

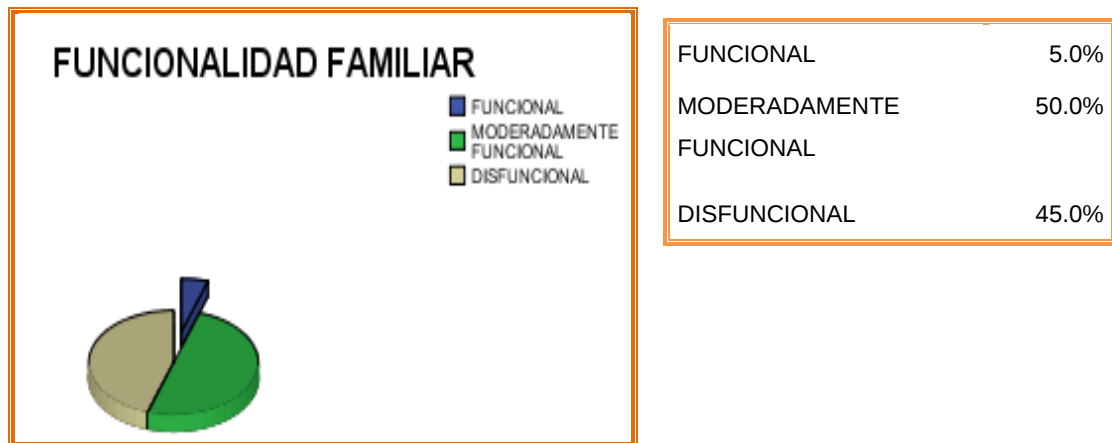


Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Los datos representados en este gráfico nos muestra el tipo de apoyo que las familias brindan al hipertenso siendo el cuidado en la alimentación la principal actividad.

Grafico 3
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS HIPERTENSOS DE LA
COMUNIDAD DE ZHUD
ENERO-JUNIO 2011



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En este tercer gráfico podemos observar como estuvo constituida la muestra según el grado de funcionalidad familiar determinada al aplicar el test de FF-SIL, ahora si comparamos estos resultados con los que obtuvimos al averiguar la presencia de un familiar en la consulta vemos que los porcentajes entre estos coinciden lo que sustenta que la familia funcional cumple su rol.

La relación entre funcionalidad familiar o disfunción familiar con la adherencia al tratamiento manifestada por toma de la medicación, cambios en la dieta y realización de actividad física se expresan en los siguientes cuadros:

Tabla 8
RELACION FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ACTIVIDAD FISICA DE LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD DE ZHUD
ENERO-JUNIO 2011

		Realizan actividad física		Total
		SI	NO	
Funcionalidad Familiar	funcional	10	1	11
	disfuncional	9	0	9
Total		19	1	20

Test de Chi Cuadrado			
	Valor	Grados de libertad	P
Chi cuadrado de Pearson	.861	1	.353

	Valor	P.
Cramer's V	.208	.353

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En la primera parte de esta tabla que nos muestra la relación entre actividad física del hipertenso y la funcionalidad familiar vemos que existe una mínima diferencia entre estos dos grupos, lo que obviamente no es significativo como lo demuestran los resultados de significancia estadística de la segunda y tercera parte.

Tabla 9
RELACION FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CAMBIOS EN LOS HABITOS
ALIMENTICIOS
ENERO JUNIO 2011

		Hábitos alimenticios		Total
		No	si	
Funcionalidad Familiar	funcional	3	8	11
	disfuncional	6	3	9
Total		9	11	20

Test de Chi Cuadrado			
	Valor	Grados de libertad	P
Chi cuadrado de Pearson	3.104	1	.078

Valor		p
Cramer's V	.394	.078

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Los datos de esta tabla nos muestra que si bien no existe diferencia significativo en cuanto a los resultados de los dos grupos, si se observa un cambio más frecuente en los hipertensos de familias funcionales.

Tabla 10
RELACION FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUMPLIMIENTO EN LA TOMA
DE MEDICACION EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
COMUNIDAD DE ZHUD
ENERO-JUNIO 2011

		Cumplen toma de medicación		Total
		Si	No	
Funcionalidad Familiar	si	9	2	11
	no	6	3	9
Total		15	5	20

1. **Prevalencia de familias funcionales.**

2. $(a+b)/(a+b+c+d) = 11/20 = 0.55 \times 100 = 55\%$

3. **Prevalencia de familias disfuncionales.**

4. $(c+d)/(a+b+c+d) = 9/20 = 0.45 \times 100 = 45\%$

5. ***Prevalencia de funcionalidad familiar en pacientes que cumplen o no la toma del antihipertensivo.***

a. Pacientes funcionales que cumplen tratamiento = $(a/a+c) =$

$9/15 = 0.6 \times 100 = 60\%$

b. Pacientes disfuncionales que cumplen tratamiento = $(c/a+c) =$

$6/15 = 0.4 \times 100 = 40\%.$

Calculo de Chi cuadrado

Test de Chi Cuadrado			
	Valor	Grados de libertad	Valor de p
Chi cuadrado de Pearson	.606	1	.436

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Aquí se presentan los datos del cálculo de prevalencias tanto de familias funcionales y disfuncionales y su relación con la toma del antihipertensivo, vemos que si bien el cumplimiento del tratamiento es más frecuente en las familias funcionales este valor no tiene significancia estadística a favor según lo demuestra el valor del Chi Cuadrado.

ANALISIS Y DISCUSION

Al iniciar nuestra investigación nos propusimos constatar la funcionalidad familiar y sus consecuencias en el paciente hipertenso reflejadas en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo y en las recomendaciones médicas con respecto al cambio en los hábitos de alimentación y actividad física, para poder brindar un enfoque integral a la patología que estos pacientes adolecen y en un futuro poder intervenir.

Como se pudo apreciar en los cuadros anteriores el presente estudio se realizo en pacientes hipertensos que forman parte de 11 familias funcionales y 9 disfuncionales y en ellos se observo que existe un desconocimiento importante de la enfermedad así tuvimos que el 35% (n=7) de los pacientes hipertensos pensaban que su enfermedad es temporal vs el 65% (n=13) que estaban conscientes de que es permanente, y cuando se les pregunto acerca de los órganos que resultan afectados por la hipertensión nombraron al corazón y riñones como los dos únicos órganos lo que nos demuestra el gran desconocimiento de la enfermedad.

Al indagar acerca del cumplimiento del tratamiento se aprecio que el 50% (n=10) de los estudiados creen que la dieta no es importante y que forma parte del tratamiento antihipertensivo, obviamente esto sería la principal causa de que el 45% de los pacientes no cumplan la dieta recomendada por

su médico; al investigar sobre si realizaban actividad física afortunadamente el 95% (n=19), de los pacientes si lo hacían de hecho todos ellos refieren caminar como parte de su tratamiento, en cuanto a la ingesta del antihipertensivo el 75% (n=15) de los pacientes cumplen con el horario mientras que el 25%(n=5) olvidan tomar su medicación, el 45% (n=9), dejan de tomar el antihipertensivo cuando se sienten bien y el 25% (n=5) no lo hacen cuando se sienten mal.

Al estudiar el rol de la familia en el cuidado del hipertenso y de qué forma lo hace, llama la atención que aproximadamente el 50 % (n=10) de los pacientes no perciben apoyo de sus familiares y en los que si lo tienen el 35% corresponden a cuidados en su alimentación, el 55% (n=11), acuden a la consulta médica en compañía de un familiar siendo la pareja la que en la mayoría de los casos está presente (30%).

Analizando todo esto diríamos que la familia tiene un rol protagónico importante en el la mayoría de los casos, lamentablemente en un porcentaje importante son los pacientes por si solos los que deben asumir el cuidado de su patología.

Al realizar el análisis estadístico utilizando el test del Chi cuadrado que nos permite valorar la relación entre dos variables en este caso relacionando la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento valorada por tomar la

medicación, realizar actividad física y cambios en los hábitos alimenticios vemos que los resultados no tienen significancia estadística a pesar de que aparentemente la funcionalidad familiar ejerce un factor protector para el cumplimiento de las indicaciones médicas, según se observa en los resultados de las tablas 8, 9 y 10. Entonces los resultados obtenidos anularían nuestra hipótesis planteada de que la funcionalidad familiar era un factor protector en el cuidado del paciente hipertenso.

Todos estos resultados obtenidos coinciden con los publicados en una investigación realizada por el doctor Alfredo González Alfonso, y la Dra. Norma González Alfonso quienes en un estudio realizado en 153 familias Cubanas pertenecientes al municipio de Cifuentes encontraron que la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial **(González, et al, 2004)**.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que de todos los hipertensos 11 de ellos pertenecen a familias funcionales lo cual equivale a un 55% y 9 de ellos pertenecen a familias disfuncionales lo cual equivale al 45%. Al realizar la relación entre dos variables relacionando la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, valorada por tomar la medicación, realizar actividad física y cambios en los hábitos de alimentación, vemos que los resultados aunque la muestra es pequeña demuestra que aparentemente la funcionalidad familiar ejerce un factor protector para el cumplimiento de las indicaciones médicas.

RECOMENDACIONES

- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico
- Elaborar planes de intervención en pacientes con familias disfuncionales
- Involucramiento de la familia como red de apoyo en personas con hipertensión.
- Realizar seguimiento en personas que no cumplen con el tratamiento prescrito
- Ampliar el tamaño de la muestra

BIBLIOGRAFÍA

Condicionantes en adultos mayores. Avances en enfermería vol.30n41 pag30Obtenido12 febrero 2011 Armas.M,Armas.M,Hernandez. R,2006 La hipertensión en America Latinoamerica,*Rev,Latinoamericana de hipertensión* vol 1 pag 16.Obtenido el 12 febrero 2011:
[http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17021707800.](http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17021707800)

Bianchi.D, 2000.Hipertension arterial en la Atención Primaria.*Rev. de Hipertensión arterial ,v6 ,n1pag 9*.Obtenido 18 febrero 2011
<http://www.surhta.com/PDF/RHA%207-1.pdf#page=8>

Busdiecker .S.2000.Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia, una visión antropológica. *Rev. chilena de pediatría*. Obtenido 10-Enero2011<http://scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000100003&script=sci-arttext&ting=en>

Cáceres. 2000Hipertension arterial y cardiopatía hipertensiva, su comportamiento en una área de salud.*Rev. cubana, med, vol.39n4 p2*
Obtenido 14 Enero 2011http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232000000400002

Coutin.G,et.al.2001El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. Verificación de una hipótesis.*Rev.vubanamed,v.40,n2 a Habana.* Obtenido el 16 de febrero 2011http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232001000200003&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

Fernandez.A,2009,Agencia de autocuidado y factores básicos

http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_4.pdf

Garcia.A, et.al,2004.Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus II pag,56 Obtenido 16 de febrero 2011 [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13057634&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=74&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v30n02a13057634pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13057634&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=74&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v30n02a13057634pdf001.pdf)

González. A, González. N, 2004, Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión familiar, *Medicentro*, 8(2) obtenido en Junio 16. 2011 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/importancia_de_la familia_en_el_control_de_la__hta_.pdf

Guía de Consulta rápida.2006.Manejo de la Hipertensión del adulto en atención Primaria,pag8.Obtenido el 11 de enero 2011

http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_manejo_de_la hipertension_del_adulto_en_atencion_primaria_nice_junio_2006_1.pdf

Herrera.P,1997.La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev cubana.Med .Gen.Integr.v.13,n6.La Habana*. Obtenido el 17 de febrero.

2011http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251997000600013&script=sci_arttext Icart.M,Pulpon.A,Bernal.R, et .al. Opiniones sobre el tratamiento no farmacológico de la Hipertensión arterial en pacientes de Atención Primaria. Madrid 2007 vol24,n 2 pág. 49. Obtenido el 10 de febrero 2011 <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier>.

Landero Olvera.E,et.al,2004. Estimación de la capacidad de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural.

Rev. Enfermería vol. 12

n2pag71Obtenido2febrero2011http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2_7174.pdf11

López.P .et al.2008.Diferentes percepciones de la salud y enfermedad entre profesionales y usuarios de programas de educación sanitaria en hipertensión: una visión antropológica. *Cultura de los cuidados*. Año XII.n23 2008.Obtenido10 enero 2011

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6661/1/CC_23_05.pdf

Matos.Y,Martin.L,Bayarre.H,2007.Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev. Cubana Med .Gen Integr,v23 n1Ciudad de la Habana*

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=5º864_2125200700010000005&scr
ipt=sci_arttext&ring=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=5º864_2125200700010000005&scr
ipt=sci_arttext&ring=pt)

Menendez.C,et.al.2003 Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Atención primaria de salud vol. 31,n8
pág. 103.Obtenido el 15 de febrero 2011

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n08a1
3047733pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n08a1
3047733pdf001.pdf)

Moliner.P, Ramón, Domínguez, Gonzales.P.et al.2004 Guías de hipertensión arterial .Grupo de HTA de la AGAMFEC.Obtenido el 14 de febrero 2011

<http://www.sergas.es.docs/Farmacia/PCHipertensionArterial.pdf#page=4>

Ortega T,Cuesta ,Díaz C.1999.Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales .*Rev. Cubana Enfermeria*vol15 n3, pág. 164-168 Obtenido 3 enero 2011http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.htm

Orieta. S, 2005, Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas, vol29n2, pag40, Obtenido 20 enero 2011

[http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.
pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.
pdf)

Perez.D, Castañeda. E, Pullés, 2009.Caracterizacion de pacientes hipertensos no dispensarizados, que acuden a un servicio de urgencias. *Rev. Cubana de salud pública* v.35 n.4Ciudad de la Habana .Obtenido el15 enero 2011http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662009000400012&script=sci_arttext&lng=en

Tortos.J, 2004Actualizacion medica periódica Artículos de revisión n 5.Obtenido el12 de febrero 2011

http://www.sld.cu/galerías/pdf/servicios/hta/encuesta_multinacional_dec_rica_2004_ha.pdf, pág. 14

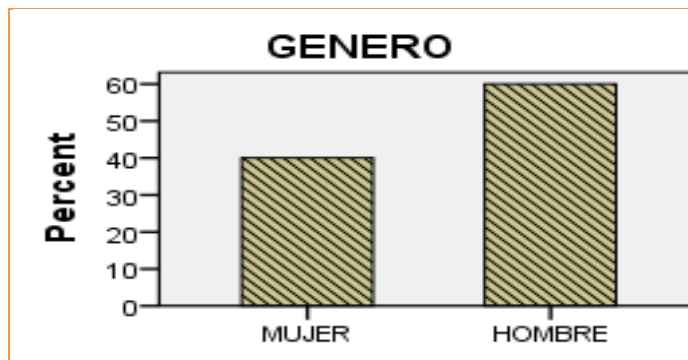
Vásquez 1996, Hipertensión arterial. Aspectos fisiopatologicos. *Rev. Cubana med.* v.35 n.3 Ciudad de la Habana .Obtenido 14 de Enero 2011

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231996000300006.

ANEXOS

ANEXOS 1: OTROS DATOS DE INTERES

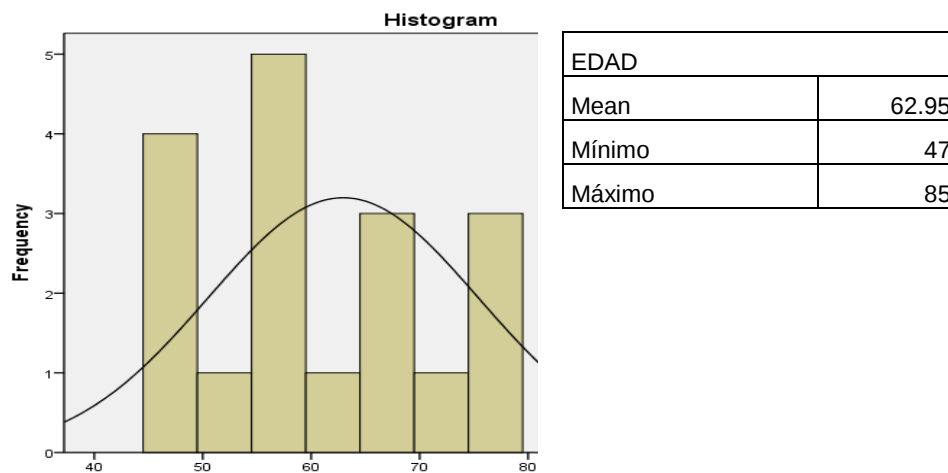
Grafico 1
Pacientes hipertensos de la comunidad de Zhud agrupados por género
Enero-Junio 2011



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Grafico 2
Pacientes hipertensos de la comunidad de Zhud agrupados por edad
Enero-Junio 2011



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Tabla 2
Grado de instrucción de los pacientes hipertensos de la comunidad de
Zhud
Enero-Junio 2011

ESTUDIO		
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Básica	11	55.0
Secundaria	3	15.0
NINGUNO	6	30.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Tabla 3
Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo al sentirse bien
Según refieren los pacientes hipertensos
de la comunidad de Zhud
Enero-Junio 2011

Al sentirse bien deja de tomar la medicación?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	45.0
NO	11	55.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Tabla 4
Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo al sentirse mal
Según refieren los pacientes hipertensos
De la comunidad de Zhud
Enero-Junio 2011

Cuando se siente mal toma el antihipertensivo		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	75.0
NO	5	25.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Tabla 5
Tipo de actividad física que realizan los pacientes hipertensos
de la comunidad de Zhud
Enero-Junio2011

Qué tipo de actividad física realiza?		
	Frecuencia	Porcentaje
CAMINAR	19	95%
NINGUNA	1	5%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora

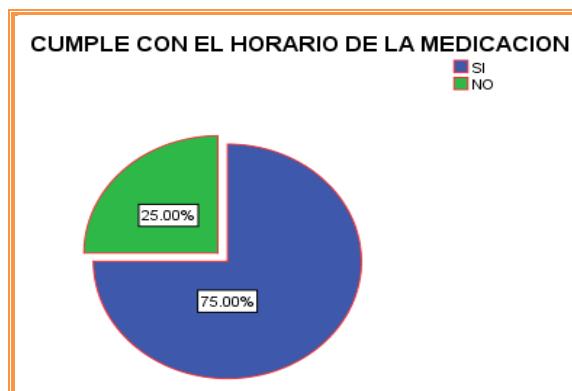
Tabla 6
Principales órganos afectados por la hipertensión según
los pacientes hipertensos
de la comunidad de Zhud
Enero-Junio 2011

CUÁL CREE USTED QUE ES EL PRINCIPAL ÓRGANO AFECTADO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?		
	Frecuencia	Porcentaje
CORAZON	18	90.0
RIÑONES	2	10.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Grafico 3
Cumplimiento del horario en la toma del antihipertensivo en los
pacientes hipertensos de la comunidad de Zhud
Enero-Junio 2011



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Tabla 7

**Quienes están presentes durante la visita médica realizada a los
pacientes hipertensos de la comunidad de Zhud
Enero-Junio 2011**

Quien le acompaña durante la visita médica?		
	Frecuencia	Porcentaje
ESPOSO	6	30.0
HIJOS	3	15.0
HERMANOS	2	10.0
NINGUNO	9	45.0
Total	20	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA VALORAR CONOCIMIENTOS Y CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD DE ZHUD.

FECHA.....

NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA.....

EDAD.....

INSTRUCCIÓN.....

ESTADO

CIVIL.....

RESIDENCIA

1.- Para usted la Hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida?

Si..... NO.....

2.- La Hipertensión arterial se puede controlar con dieta y alimentación

Si.....NO.....

3.- Nombre dos o más órganos que se vean afectados por la Hipertensión arterial.....

4.- Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su Hipertensión

Si.....NO.....

5.- Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?

SI.....NO.....

6.- Cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación?

SI.....NO.....

7.- Si alguna vez le sienta mal deja de tomarla?

SI.....NO.....

8.- Cree que es importante cuidar su alimentación en esta patología?

SI..... NO.....

Y por qué?.....

.....

10.- Realiza alguna actividad física ? SI..... NO.....

Cuál?

.....

.....

11.- Practica los consejos e indicaciones que le brinda su médico?

SI..... .NO.....

Cuáles?

.....

.....

12.- Describa de qué manera apoya su familia en el tratamiento y cuidado de

su patología?

.....
.....

13.-En las visitas domiciliarias de su médico, está presente su familia?

SI.....NO.....

Quienes.....

.....

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación. Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. ____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. ____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones._____

11. Podemos conversar diversos temas sin temor._____

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas._____

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar._____

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos._____