

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

“ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO, DEL CANTÓN LOJA”

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MÉDICA GENERAL**

AUTORA:

Rosa Karina Guerrero Valdivieso

DIRECTOR:

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 28 de Septiembre del 2016

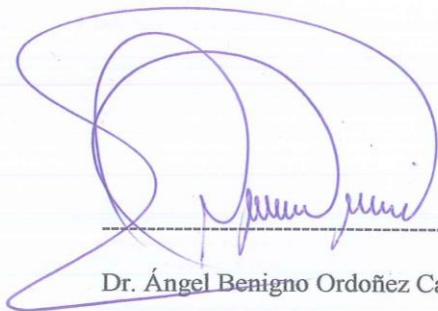
Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y he orientado todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada, "ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO", de la autoría de la Srta. Rosa Karina Guerrero Valdivieso, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Rosa Karina Guerrero Valdivieso, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

FIRMA:



Autora: Rosa Karina Guerrero Valdivieso

CC: 1104386659

Correo electrónico: tukygueval@hotmail.com

Teléfono: 0967281369

Fecha: 28 de Septiembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Rosa Karina Guerrero Valdivieso, autora de la tesis “ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual en esta casa de estudio superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Institucional Bibliotecario Virtual, la redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Septiembre del dos mil dieciséis, firma su autora:

FIRMA:

Autora: Rosa Karina Guerrero Valdivieso

CC: 1104386659

Correo electrónico: tukygueval@hotmail.com

Teléfono: 0967281369

Fecha: 28 de Septiembre del 2016

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

- Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.
- Miembro del tribunal: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez
- Miembro del tribunal: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Gladys Valdivieso, por ser el pilar más importante de mi vida, por demostrarme siempre su cariño, apoyo incondicional y más que eso, su ejemplo, una mujer intachable, que siempre marco mi camino con amor, gracias, gracias por confiar en mi mamita. Sé que hoy juntos a mi abuelito, tu hermana y otros angelitos, festejas nuestra primera victoria.

A mi abuelita, Guillermina Collaguazo, mi mayor motor en esta vida, a ella quien es el mejor regalo que Dios me dio, mi compañera, mi fiel amiga y mi más grande apoyo en esta vida.

A mi padre Alvaro Guerrero a quien agradezco haber forjado en mí ese sentimiento de responsabilidad y entrega al estudio, que hoy claramente dan sus primeros frutos, por pese a los momentos duros compartidos, seguir apoyándome.

A mis hermanas, Roxana y Stephanie por sus locuras, risas, peleas, que siempre estuvieron presentes para alejarme un poco de mi rutina académica.

A mis tíos, primos, y amigos, con los he compartido tristezas y alegrías, gracias por formar parte de mi vida, por ser mi segunda familia y por acompañarme a lo largo de este camino.

Rosa Karina Guerrero Valdivieso

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por bendecirme y ayudarme a llegar hasta aquí, por permitirme cumplir este primer gran sueño, por hacerlo realidad.

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Medicina por darme la oportunidad de formarme y hoy finalmente lograr ser profesional.

A mi director de tesis, el Dr. Ángel Ordoñez, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación hacia a mí, ha logrado que podamos terminar esta investigación con éxito.

A mis docentes, que estuvieron al frente de toda mi formación, que con sus principios, valores y conocimiento llenaron de mi vida. Siempre llevaré en alto el nombre de la universidad que me formó y de mis queridos docentes, a quienes siempre recordaré con cariño por toda su entrega.

A mis vecinos y a los moradores del Barrio Zamora Huayco, que gustosos me abrieron sus puertas, para poder desarrollar la presente investigación y dar cumplimiento con mis objetivos.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida académica y a las que me encantaría agradecerles, por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunos están aquí conmigo, otros en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar donde estén, quiero darles las gracias por formar parte de mí y por todo lo que me han brindado.

GRACIAS

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	iix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
1 TÍTULO	1
2 RESUMEN	2
3 INTRODUCCIÓN	4
4 REVISIÓN DE LITERATURA	8
4.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	8
4.2 EPIDEMIOLOGÍA	8
4.3 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	9
4.3.1 Abandono del Tabaco	11
4.3.2 Cambios Nutricionales.....	12
4.3.2.1 Control de peso.....	12
4.3.2.2 Consumo de sal.....	12
4.3.2.3 Disminución del consumo de bebidas alcohólicas	13
4.3.2.4 Aumento de la Actividad Física	14
4.4 DEFINICIÓN DE ACTITUD.....	15
4.5 DEFINICIÓN DE PRÁCTICA	15
4.6 Influencia del apoyo social en pacientes con Hipertensión Arterial.....	16
4.6.1 Rol de la familia del paciente hipertenso.....	16
4.6.2 Adaptación familiar	17

4.6.3	Relación médico-familia.....	18
4.6.4	La familia y la salud como un sistema integral	18
4.6.5	Actitudes y prácticas de la familia para el cuidado familiar del hipertenso	19
4.6.6	Apoyo de la familia en el control de la Hipertensión Arterial.....	20
4.6.7	Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión Arterial.....	22
4.7	PROMOCIÓN DE SALUD.....	25
4.8	ESTUDIOS REALIZADOS.....	26
5	MÉTODOLOGIA.....	28
5.2.5	Población y muestra.....	28
6	RESULTADOS	30
7	DISCUSION.....	44
8	CONCLUSIONES	47
9	RECOMENDACIONES.....	49
10	BIBLIOGRAFÍA	50
11	Bibliografía	50
12	ANEXOS	59
	ANEXO 1	59
	ANEXO 2	66
	ANEXO 3	68
	ANEXO 4	70
	ANEXO 5	72

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla N° 1</u>	<u>Edad de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	30
<u>Tabla N° 2</u>	<u>Género de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco</u>	31
<u>Tabla N° 3</u>	<u>Estado civil de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	32
<u>Tabla N° 4</u>	<u>Ocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	33
<u>Tabla N° 5</u>	<u>Nivel de instrucción de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	34
<u>1.1.-ACTITUDES COGNOSCITIVAS.....</u>		35
<u>Tabla N° 6</u>	<u>Conocimiento sobre Hipertensión Arterial en los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	35
<u>Tabla N° 7</u>	<u>Conocimiento de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco sobre medicamentos antihipertensivos.</u>	36
<u>2.2 ACTITUDES AFECTIVAS</u>		37
<u>Tabla N° 8</u>	<u>Apoyo brindado de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	37
<u>2.3 ACTITUDES CONDUCTUALES.....</u>		38
<u>Tabla N° 9</u>	<u>Interacción en la consulta entre el médico y la familia de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco sobre estilos de vida.</u>	38
<u>Tabla N° 10</u>	<u>Tipo de comida preparada en casa de los pacientes hipertensos.</u>	39
<u>Tabla N° 11</u>	<u>Exclusividad de la dieta hiposodica para pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco.....</u>	40
<u>Tabla N° 12</u>	<u>Frecuencia de acompañamiento en actividad física por parte de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	41
<u>Tabla N° 13</u>	<u>Preocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco en el cumplimiento de la terapia farmacológica.....</u>	42

<u>Tabla N° 14</u>	<u>Acompañamiento de los familiares de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco a los controles de Presión Arterial.....</u>	<u>43</u>
--------------------	--	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<u>Gráfico N° 1</u>	<u>Edad de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	30
<u>Gráfico N°2</u>	<u>Género de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	31
<u>Gráfico N° 3</u>	<u>Estado civil de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	32
<u>Gráfico N° 4</u>	<u>Ocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	33
<u>Gráfico N°5</u>	<u>Nivel de instrucción de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	34
<u>1.1.-ACTITUDES COGNOSCITIVAS.....</u>		35
<u>Gráfico N° 6</u>	<u>Conocimiento sobre Hipertensión Arterial en los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	35
<u>Gráfico N° 7</u>	<u>Conocimiento de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco sobre medicamentos antihipertensivos.</u>	36
<u>2.2 ACTITUDES AFECTIVAS</u>		37
<u>Gráfico N° 8</u>	<u>Apoyo brindado de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.</u>	37
<u>2.3 ACTITUDES CONDUCTUALES.....</u>		38
<u>Gráfico N° 9</u>	<u>Interacción médico-familiar de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco sobre estilos de vida.</u>	38
<u>Gráfico N° 10</u>	<u>Tipo de comida preparada en casa de los pacientes hipertensos.</u>	39
<u>Gráfico N° 11</u>	<u>Exclusividad de la dieta hiposodica para pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco.....</u>	40
<u>Gráfico N° 12</u>	<u>Frecuencia de acompañamiento en actividad física por parte de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.....</u>	41
<u>Gráfico N° 13</u>	<u>Preocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco en el cumplimiento de la terapia farmacológica.....</u>	42

<u>Gráfico N° 14</u>	<u>Acompañamiento de los familiares de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco a los controles de Presión Arterial.....</u>	<u>43</u>
----------------------	--	-----------

1 TÍTULO

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO, DEL CANTÓN LOJA.**

2 RESUMEN

La Hipertensión Arterial esencial es un trastorno multicausal con determinantes genéticos, ambientales, psicosociales y de conductas, así como nutricionales y patológicos. Dentro de los componentes ambientales y psicosociales están entre otros el ambiente familiar, laboral y la comunidad donde se vive. En virtud que el deterioro de la persona con Hipertensión Arterial se presenta tanto en su dimensión biológica como psicológica, las acciones y programas de atención resultan necesarios y pertinentes a fin de restablecer el mayor bienestar o calidad de vida posible en estas personas. Considerando que la familia representa para la mayoría de las personas, una importante fuente de apoyo y seguridad, es conveniente plantear el tema de investigación “ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO, DEL CANTÓN LOJA”. El objetivo general del presente trabajo fue determinar las actitudes y prácticas de la familia, frente a la Hipertensión Arterial en el barrio Zamora Huayco, con el propósito de realizar una propuesta de educación continua familiar. Mediante un estudio descriptivo, cualitativo y transversal en una población de 208 familiares de personas hipertensas se concluyó que los familiares no apoyan en la práctica de ejercicio, desconocen el tipo de tratamiento que recibe el paciente, falta interés en el seguimiento de la enfermedad; sin embargo las prácticas alimentarias son compartidas por toda la familia lo que se refleja en una dieta con mínima cantidad de sal para toda la familia.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión Arterial, apoyo social, estilos de vida, actitud, práctica.

SUMMARY

Essential Arterial Hypertension is a multi-causal disorder with genetic, environmental, Psychosocial and behavioral, as well as nutritional and pathological determinants.

Within the environmental and psychosocial components are amongst others the family atmosphere, labor and community in which they live.

By virtue of the deterioration of the person with Arterial hypertension are presented both in their biological and psychological dimensions, the actions and assistance programs happen to be necessary and pertinent in order to reestablish the greatest welfare or possible quality of life in these people.

Considering that the family represents for the majority of the people, a significant source of support and reassurance, it is appropriate to raise the subject of the investigation "ATTITUDES AND PRACTICES OF THE FAMILY IN FRONT OF THE ARTERIAL HYPERTENSION IN THE ZAMORA HUAYCO NEIGHBORHOOD, OF THE LOJA CANTON".

The target generated by the present investigation work was to determine the attitudes and practices of the family, facing the Arterial hypertension in the Zamora Huayco neighborhood of the Loja Canton, with the purpose of performing a proposal for continuing familiar education.

Through a descriptive, qualitative and cross-sectional study in a population of 208 family members of hypertensive patients concluded that no family support in the practice of exercise, unaware of the type of treatment that the patient receives, lack of interest in the monitoring of the disease; nevertheless the dietary practices are shared by the whole family which is reflected on a diet containing a minimum amount of salt for the whole family.

KEYWORDS: Arterial hypertension, social support, lifestyle, attitude, practice.

3 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, representan la principal causa de defunción en todo el mundo; se presenta en alrededor de 1000 millones de personas (INEC, 2015). Dentro de la patología cardiovascular, la Hipertensión Arterial, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta (Weber, Schiffrin, & White, 2013).

En América Latina, la Hipertensión Arterial es causante del alrededor del 30% de fallecimientos, se prevé que estas tasas de mortalidad en la región aumentarán significativamente para el año 2020 (Lucio, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2013, tres de cada diez personas padecen esta patología, lamentablemente uno de cada dos ignora ser hipertenso y solo tienen conocimiento de su condición una vez que ha padecido alguna complicación como: un evento cardiovascular (Síndrome Coronario Agudo, Evento Cerebro-Vascular, Trombo-Embolia, entre otros). La mayoría de pacientes hipertensos tiene otros factores de riesgo incluyendo alteraciones lipídicas, intolerancia a la glucosa o diabetes, historia familiar de enfermedades cardiovasculares, obesidad, edad, consumo de tabaco y alcohol (Kung HC, 2015).

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística Y Censos, en base a los egresos hospitalarios, en el año 2011 a nivel nacional se presentaron 10.429 nuevos casos de hipertensión, del total de registros, el 58,14% corresponde a hombres y el 41,86% a mujeres. En la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de las enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12%. (INEC, Hipertensión arterial, 2013). En cuanto a la prevalencia a nivel local, en la provincia de Loja se han diagnosticado según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, 451 nuevos casos en el 2010, mientras que esta cifra aumentó en el 2011 a 485 casos (INEC, 2015).

El trabajo de Cerna Hairo J. realizado en una población geriátrica en la ciudad de Loja, mostró una prevalencia de Hipertensión Arterial del 86.36%, con mayor frecuencia en

individuos de sexo femenino (57.89%). Los factores de riesgo asociados fueron: el sobrepeso (63,63%) directamente relacionado con el alto consumo de carbohidratos y grasas y la poca actividad física; alcoholismo crónico (15,78%), tabaquismo (10,52%), consumo de sal en la dieta (72.72%) y sedentarismo (77.27%) (Cerna Bermeo, 2011).

El 50% de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento, sin embargo, el porcentaje restante no lo posee y se ha demostrado que esto constituye un factor negativo en el cumplimiento del tratamiento del paciente hipertenso. El involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar la hipertensión. Según Brannon, “uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el apoyo de la familia y de los amigos” (Guerra, 2012).

El trabajo de López, R. G. en Teresina, estado de Piauí- Brasil; concluyó que la familia representa para la mayoría de las personas, una importante fuente de apoyo y seguridad, permitiendo el intercambio de amor, afecto, respeto y valor y que por lo tanto la organización familiar y sus interacciones influyen directamente en el éxito del tratamiento de la Hipertensión Arterial (López, 2007). El estudio de Costa R. d. S., observó que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados (Costa, 2008).

Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y terapéuticas. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios. (Costa, 2008)

Sin embargo, pese al incremento de la población hipertenso, no se ha investigado acerca del rol que juega la participación de la familia en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial. Frente a esta realidad y conociendo que la familia es uno de los principales factores en la evolución de la enfermedad; es pertinente plantear la siguiente

pregunta de investigación: “¿Cuáles son las actitudes y prácticas de la familia frente a la Hipertensión Arterial en el barrio Zamora Huayco del cantón Loja?”.

Los objetivos planteados en el presente trabajo son:

Objetivo General:

Determinar las actitudes y prácticas de la familia, frente a la Hipertensión Arterial en el Barrio Zamora Huayco, con el propósito de socializar los resultados del presente trabajo con el personal que labora en el Centro de Salud de Zamora Huayco mediante un foro para diseñar modelos de educación continua para las familia de los pacientes hipertensos en el Barrio Zamora Huayco.

Objetivos Específicos:

- Conocer las actitudes de los familiares del paciente hipertenso en el Barrio Zamora Huayco.
- Describir las prácticas de los familiares del paciente hipertenso en el Barrio Zamora Huayco.
- Socializar los resultados del presente trabajo con el personal que labora en el Centro de Salud de Zamora Huayco mediante un foro para diseñar modelos de educación continua a la familia de un paciente hipertenso en el Barrio Zamora Huayco.

Conociendo que el tratamiento de la Hipertensión Arterial comprende tanto la terapia farmacológica como también una serie de requisitos de carácter psicológico y social que comprenden: práctica continua de hábitos saludables como la ingesta de una dieta hipocalórica, hipograsa y baja en sodio y sal, práctica de mínimo 30 minutos de ejercicio diario; información al paciente y los familiares acerca de esta enfermedad entre otros (Espinosa, 2009). Por este motivo, la presente investigación está orientada a conocer las actitudes y prácticas de la familia frente a la Hipertensión Arterial en el barrio Zamora Huayco.

La socialización de los resultados ayudará a mejorar la calidad de atención dentro de los centros de atención primaria de salud, puesto que involucrando a la familia se

incrementará el éxito del tratamiento del paciente hipertenso, además que a largo plazo se disminuye la probabilidad de las complicaciones cardiovasculares. El presente trabajo busca también establecer un vínculo entre la comunidad universitaria y la sociedad, demostrando con bases científicas que los pacientes hipertensos bajo un tratamiento farmacológico que tiene más posibilidades de mejorar su calidad de vida si cuentan con el apoyo de su familia. Los servicios de salud deberían tomar en cuenta estos resultados para que apoyen, concienticen y eduquen a la familia en cuanto al rol fundamental que desempeñan en el tratamiento del paciente con Hipertensión Arterial.

4 REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta. En cada latido cardiaco el corazón bombea sangre a los vasos, y es esta fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos y la resistencia que ofrecen las arterias a la sangre bombeada, lo que se define como Presión Arterial (Rivera & Zamora, 2010).

Los valores de normalidad establecidos en el JNC8 para un adulto es de 120 mm Hg para la presión arterial sistólica y de 80 mm Hg para la presión arterial diastólica (James, Oparil, & Carter, 2013). Valores de presión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y/o la presión diastólica igual o superior a 90 mm Hg en mayores de 18 años, o valores de presión arterial sistólica igual o superior a 150mmHg y/o valores de presión arterial diastólica igual o superior a 90mmHg en adultos mayores de 60 años se considera Hipertensión Arterial (James, Oparil, & Carter, 2013).

4.2 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes anualmente. Las complicaciones de la Hipertensión Arterial causan anualmente 9,4 millones de muertes, de estas el 45% son secundarias a cardiopatía y el 51% por accidente cerebrovascular (Weber, Schiffrin, & White, 2013). En 2008, aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años fueron diagnosticados de Hipertensión Arterial; con un incremento de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008 (Ministerio de Sanidad y Consumo Español, 2009).

La prevalencia en aumento de la Hipertensión Arterial se atribuye al crecimiento poblacional, al envejecimiento y a la presencia de factores de riesgo cardiovasculares como la dieta alta en sodio, el hábito tabáquico y del abuso del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés (CENETEC, 2014). Las complicaciones macrovasculares de la Hipertensión Arterial son mayores cuando se

asocian otras comorbilidades que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal (Altamirano, 2011).

Los factores de riesgo cardiovasculares son cada vez más frecuentes, siendo así que en 2008 había 1000 millones de fumadores en el mundo. La obesidad casi se ha duplicado desde 1980, con cifras parecidas en lo que respecta a la prevalencia de hipercolesterolemia con un 39% entre los adultos mayores de 25 años y del 10% para la diabetes mellitus (OMS, Información general sobre la hipertensión en el mundo, 2013).

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, Base Egresos Hospitalarios, en el año 2011 a nivel nacional se presentan 10.429 nuevos casos de Hipertensión Arterial, del total de registros, el 58,14% corresponde a los hombres y el 41,86% a mujeres. En la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12%. (INEC, Hipertensión arterial, 2013). El trabajo de Cerna Hairo J. realizado en una población geriátrica en la ciudad de Loja, mostró una prevalencia de Hipertensión Arterial del 86.36%, con mayor frecuencia en individuos de sexo femenino (57.89%). Los factores de riesgo asociados fueron: el sobrepeso (63,63%) directamente relacionado con el alto consumo de carbohidratos y grasas y la poca actividad física; alcoholismo crónico (15,78%), tabaquismo (10,52%), consumo de sal en la dieta (72.72%) y sedentarismo (77.27%) (Cerna Bermeo, 2011).

4.3 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico o llamado estilos de vida saludables, incluye evitar el sobrepeso y mantener una actividad física en forma regular, régimen alimentario en donde se insiste especialmente en la disminución del sodio, aumento del consumo de potasio, reducción de las calorías y grasas saturadas. También mencionamos la importancia de eliminar el consumo de cigarrillos y disminuir la ingesta de alcohol. Independientemente de la etiología y los valores de presión arterial, se deberá comenzar el tratamiento con las medidas no farmacológicas. Se debe educar al paciente y a su familia en los fundamentos y la importancia de realizar correctamente estas medidas, que son tan o más importantes, que el tratamiento farmacológico (Saieh, 2005).

En los últimos años se ha demostrado la utilidad de las medidas no farmacológicas en el contexto del tratamiento de la Hipertensión Arterial. Esta utilidad, se ha demostrado eficaz para disminuir el riesgo global del paciente hipertenso. La opinión mayoritaria es que dichas medidas han de constituir la base del tratamiento, sin perjuicio del uso concomitante de fármacos hipotensores. El efecto hipotensor de las medidas no farmacológicas será proporcional al grado de adherencia a las mismas por parte del hipertenso. En grupos de pacientes con adherencia considerada como excelente se ha logrado disminuir la Presión Arterial Sistólica en 10 mm Hg (Espinosa, 2009).

En virtud de que el deterioro de las personas con Hipertensión Arterial se da en sus dimensiones biológica como también psicosocial, las acciones y programas de atención en este sentido resultan necesarios y pertinentes a fin de restablecer el mayor bienestar o calidad de vida posible en estas personas. Las acciones psicosociales deben encaminarse a aspectos específicos de relevancia que estén significativamente comprometidos en el caso de la vida del hipertenso, esto es, sus creencias acerca de la enfermedad, sus sentimientos, y las emociones derivadas de la experiencia humana que padecerlas implica al individuo. El reto es responder con las estrategias apropiadas de resolución de problemas y toma de decisiones asociadas con la condición de la enfermedad y que tienen que ver con su dieta, nuevos hábitos, formas de control de la enfermedad y reacondicionamiento de sus rutinas, actividades y cotidianidad en general (Alfonso, 2004).

Es imprescindible realizar un refuerzo positivo continuo, con independencia de que el paciente esté recibiendo o no tratamiento farmacológico, aprovechando cualquier contacto con el paciente, a fin de que se mantengan estas medidas no farmacológicas en el tiempo y no sean abandonadas, cosa que ocurre a menudo. (Frank, Svetkey, & Vollmer, 2011).

4.3.1 Abandono del Tabaco

El abandono del tabaco es quizá la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades, tanto cardiovasculares como no cardiovasculares, en los pacientes hipertensos. Los fumadores que abandonan el tabaco antes de los 40 o 50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. El riesgo asociado a fumar depende de la cantidad que se fume y la duración del hábito. En el estudio INTERHEART el OR asociado a fumar fue 2.93, y llegó a 9.16 en quienes fumaban más de 40 cigarrillos al día, pero aun en quienes fumaban entre 1 y 5 cigarrillos al día hubo un mayor riesgo de 38%. El tabaco fue responsable de 37% del riesgo atribuible poblacional de IAM en el estudio INTERHEART a nivel mundial, también en los fumadores pasivos hubo un mayor riesgo de un 13% de IAM.

En América Latina, el factor de riesgo más importante a nivel poblacional en la región es la obesidad abdominal, ocupando el tabaco el tercer lugar, con un 38.4 % del RAP de infarto del miocardio para la región. Los datos chilenos del estudio INTERHEART indican que el consumo de tabaco fue el factor más importante, con un 42% (95% IC 33.2-51.4%) de los infartos atribuibles al hábito de fumar (Lanas & Serón, 2012).

Todos los pacientes hipertensos que fuman deben recibir el consejo apropiado para que dejen de hacerlo. Este hecho supone un aumento en el período de tiempo dedicado a la primera visita o primer contacto con el paciente y debe reforzarse en cada visita sucesiva, hasta conseguir el abandono total. La conciencia del peligro del hábito y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito (Sosa-Rosado, 2010).

La cesación del consumo de tabaco tiene efectos beneficiosos con una significativa reducción de la morbimortalidad cardiovascular, tanto por enfermedad coronaria, como vascular cerebral o periférica, por eso se considera que una de las intervenciones más costo efectivas es recomendar a los pacientes y ayudarlos a que dejen de fumar. La presión arterial desciende al igual que la frecuencia cardíaca, hay aumento del HDL, mejoría de la tolerancia a la glucosa, descenso de los niveles de tromboxano. En conjunto todos estos cambios reducen el riesgo de eventos cardiovasculares.

El riesgo cardiovascular excesivo de muerte en los fumadores cae rápidamente luego de dejar de fumar, llegando a la mitad luego de 1 año y continúa disminuyendo por los siguientes 10 a 15 años. El beneficio logrado es mayor cuando el tiempo de consumo y la cantidad de cigarrillos al día es menor (Sosa-Rosado, 2010).

4.3.2 Cambios Nutricionales

4.3.2.1 Control de peso

Está demostrado que la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. El paciente debe llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal inferior a 25. En los hipertensos con sobrepeso u obesidad, la reducción de solo 3 kg produce una caída de 7 a 4 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 21 y 13 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) (Sosa-Rosado, 2010). Las estrategias recomendables peso incluyen: educación dietética, incremento del ejercicio y modificaciones de la conducta alimentaria (Tobe, Padwal, & Poirier, 2014).

4.3.2.2 Consumo de sal

Existen evidencias de que la disminución del consumo de sal se asocia a una disminución de la Presión Arterial en pacientes hipertensos. La respuesta individual a la sal es mayor en pacientes de raza negra, diabéticos y ancianos. Para una dieta con restricción de sal, debe aconsejarse a los pacientes que eviten añadir sal y, evidentemente, eviten los alimentos con exceso de sal y que tomen en mayor medida comidas elaboradas directamente con los ingredientes naturales que contienen más potasio. Un consumo excesivo de sal puede ser una causa de hipertensión resistente al tratamiento (Sosa-Rosado, 2010).

El estudio INTERSALT, muestran una alta correlación entre la ingesta exagerada de sodio y las cifras de presión arterial, produciendo elevación de la volemia, retención intracelular de sodio y aumento de la reactividad vascular, determinándose que los

requerimientos diarios de sodio en el humano son de 8 a 10 mmol, lo que equivale a aproximadamente 500 mg de cloruro de sodio. En el paciente adulto se ha demostrado que la restricción de sodio mejora la elasticidad de los grandes vasos, lo que explica en gran parte la disminución de la presión, especialmente la sistólica. Con una dieta hiposódica se obtiene un descenso de 5.0 y 3.0 mmHg para las presiones sistólicas y diastólicas respectivamente. Con el suplemento de potasio se logra bajar la sistólica 2.7 mmHg y la diastólica en 1.2 mmHg (Frank, Svetkey, & Vollmer, 2011).

4.3.2.3 Disminución del consumo de bebidas alcohólicas

Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación no es completamente lineal, la incidencia de Hipertensión Arterial se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres o en los sujetos de raza negra. Estudios de intervención han mostrado aumentos agudos de la presión en pacientes que beben los fines de semana, pero más permanentes en aquellos que lo hacen en forma habitual, además de inducir espasmos en las arterias cerebrales y arritmias ventriculares y supraventriculares (Sosa-Rosado, 2010).

La moderación del consumo de alcohol o su cese reducen las cifras de Presión Arterial en hipertensos bebedores. La media de reducción es de 3/2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser mucho más intensa (Espinosa, 2009). Es conocido que el consumo de alcohol en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular.

La recomendación general para los pacientes hipertensos debe ser la siguiente: los hipertensos abstemios debe recomendarse que se mantengan abstemios. Aunque el consumo moderado de alcohol pueda tener un efecto protector sobre la enfermedad cardiovascular, el inicio en su consumo puede motivar dependencia. A los hipertensos bebedores se les debe aconsejar la reducción del consumo a cifras inferiores a 210 g/semanales (30 g/diarios) en los varones y a 140 g/ semanales (20 g/diarios) en las mujeres y sujetos de raza negra. Los hipertensos con dependencia de alcohol o con otras

enfermedades asociadas a dicho consumo deben recibir consejo para abandonar dicho hábito (Fernández, 2006).

4.3.2.4 Aumento de la Actividad Física

La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular. El ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (3 a 4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logra mayores efectos, tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso bajo. Sobre esta base, debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos (Sosa-Rosado, 2010).

La cantidad y el tipo de ejercicio deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva. Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo exigido se estima en caminar rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana. No es recomendable el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas), dado su efecto presor y, en los pacientes con Hipertensión Arterial grave, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo (Rojas, 2008).

Se consideran tres mecanismos que intervienen para que el ejercicio disminuya la presión arterial: efectos a nivel neurohormonal, efectos sobre la estructura y función vascular y efectos hormonales (Sarmiento, 2008).

Efecto neurohormonal: el ejercicio físico disminuye la actividad simpática no sólo a nivel central; sino también a nivel de la glándula suprarrenal, disminuyendo su secreción. Al haber disminución de la actividad simpática hay un descenso de la frecuencia cardíaca y por ende también lo hace el gasto cardíaco, que es uno de los principales factores de la presión arterial. Mejora la resistencia vascular periférica disminuyéndola y genera así una mejor vasodilatación. El ejercicio físico produce una disminución del endurecimiento arterial. Se ha visto que el proceso de formación la placa ateromatosa se vuelve menos intenso con la actividad física. Por otro lado, se

produce un cambio del tono muscular y lo más importante es su acción en la secreción del óxido nítrico (Sarmiento, 2008).

El mecanismo de roce que tiene la sangre contra la pared del árbol arterial (endotelio) por el incremento de la presión arterial, hace que el estímulo que produce óxido nítrico, que es la arginina, actúe sobre el músculo liso y produzca vasodilatación. Entonces, uno de los principales factores que va a hacer que se incremente la vasodilatación es la secreción de óxido nítrico, dado básicamente por el estrés que produce a nivel de la pared de la presión arterial la sangre durante el ejercicio. (Sarmiento, 2008)

4.4 DEFINICIÓN DE ACTITUD

Actitud es un término que proviene del latín *actitudo*. Es la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo, estado de disposición nerviosa y mental que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones (Reyes, 2007). Se han distinguido tres componentes de las actitudes: a) El cognoscitivo formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre el mismo, b) El afectivo que es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social y c) El conductual que es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una cierta manera (Covarrublas, 2010).

Estos tres componentes están relacionados entre sí, siendo que las actitudes consisten en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes están relacionados con la acción que realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual)", es decir, "la actitud es una disposición de ánimo voluntaria frente a un aspecto que engloba un componente cognitivo, afectivo y conductual" (Alfonso, 2004)

4.5 DEFINICIÓN DE PRÁCTICA

La práctica se considera como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, es necesario en primera instancia un primer

acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz es decir el experimento; no puede haber práctica de tal o cuál conocimiento si antes no se obtiene la experiencia. Cuya finalidad es el logro de los objetivos (Hernández & Nava, 2014).

4.6 INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El concepto de apoyo social es relativamente reciente y nace en la década de los años setenta en la escuela de antropología británica de la Universidad de Manchester. Se define como un proceso interactivo en el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso (Bowling, 1991)¹. El apoyo social es un factor que tiene un efecto protector o benefactor 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 (Espinosa, 2009).

El mecanismo de acción del apoyo social sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: teoría del efecto tampón o buffert, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo; la otra teoría considera al apoyo social como un agente causal directo de las enfermedades (Alfonso, 2004).

Existe consenso, entre los distintos autores, respecto a que en pacientes con infarto de miocardio el apoyo social es un predictor pronóstico de su recuperación. En relación con la Hipertensión Arterial encontramos en trabajos de base poblacional que reflejan que un apoyo social insuficiente se asocia con incrementos en la presión arterial (Alfonso, 2004).

4.6.1 Rol de la familia del paciente hipertenso

En cuanto al grupo social, la familia constituye un conjunto de personas de diferentes sexos y edades, vinculadas entre sí por lazos consanguíneos, jurídicos o consensuales, y

cuyas relaciones se caracterizan por su intimidad, su solidaridad y su duración, representa un conjunto de normas y vínculos, definidos culturalmente, y destinados a cumplir ciertas funciones sociales. (Covarrublas, 2010)

La familia ha desempeñado un papel reconocidamente importante como célula básica de la sociedad. Entre las distintas funciones que cumple en la vida social, se destacan especialmente; la vinculación íntima y durable que establece entre los cónyuges; la reposición o reproducción de los miembros de la comunidad; la crianza, manutención y desarrollo biológico de los hijos; la socialización primaria de estos, con arreglo a las normas culturales de la sociedad. (Martínez, 2013)

4.6.2 Adaptación familiar

La adaptación de la familia al diagnóstico de la hipertensión es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos (Alfonso, 2004).

Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la hipertensión. Una reacción a la adaptación del diagnóstico de la hipertensión en los miembros de la familia es caracterizado por el compromiso con el régimen y teniendo expectativas realistas (Costa, 2008).

Típicamente los miembros de la familia se convierten en educadores de la enfermedad, ofreciendo estímulo, mostrándole ayuda cuando lo precise, pero recordando no juzgar. Es decir, cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica (cardiopatía hipertensiva, diabetes, esclerosis múltiple...), es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser la cuidadora principal del

paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida (niñez o ancianidad). La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. (Cifuentes & Jefy, 2007)

Por tanto, el equipo de salud ha de estar atento a aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia (Alfonso, 2004).

4.6.3 Relación médico-familia

La calidad de la relación entre el médico y la familia del paciente puede tener una influencia crucial en la cooperación que se desarrolla entre el médico y el paciente. El ejemplo más claro es el triángulo terapéutico que ocurre entre el médico, el niño como paciente y sus padres: la relación entre el médico y la madre predice la adherencia al tratamiento, según lo demostrado mediante un estudio realizado en los años sesenta en una clínica ambulatoria con pacientes pediátricos. Si el paciente es adulto, la buena relación con la familia permite obtener información provechosa para el cuidado del paciente, así como contar con un soporte terapéutico eficaz para el manejo de patologías crónicas (como la diabetes, el alcoholismo, la hipertensión, etc.). (Alfonso, 2004).

4.6.4 La familia y la salud como un sistema integral

Las formas tradicionales de atención médica limitada a un órgano, sistema, aparato, debido a la diversidad de subespecialidades existentes, han fragmentado las acciones de la salud, dejando de lado el enfoque integral del individuo que forma parte de una familia y una comunidad, provocando con este tipo de atención un aumento de las enfermedades psicosomáticas. (MSP, Manual del modelo de atención integral de salud, 2012)

Con base en lo anterior resulta evidente que las familias necesitan apoyo integral para desempeñar sus funciones vitales y atender a las demandas del cambio; apoyo en el que

el contexto de la salud familiar ocupa un lugar fundamental, y en el que el estudio integral de los individuos y las familias se considera indispensable. Ya que brindara las pautas para evaluar y clasificar a cada individuo dentro del núcleo familiar y tomara como referencia para su tratamiento y seguimiento, priorizando la integralidad de la familia.

4.6.5 Actitudes y prácticas de la familia para el cuidado familiar del hipertenso

La hipertensión demanda un gran apoyo familiar para el paciente, pero con mucha frecuencia las personas que conviven con el hipertenso no tienen conciencia de su importante papel en ese sentido. Por lo general, durante los primeros tiempos después de haberse detectado la hipertensión, el paciente trata de seguir el tratamiento, en lo que se refiere al control, a los medicamentos, e incluso a la dieta y a los cambios de su estilo de vida, pero también es común que luego de unos meses comience a percibir su enfermedad como un factor que lo minimiza ante su familia y que atenta contra la estabilidad y las aferradas costumbres hogareñas. En esa situación, a menos que el ambiente familiar se modifique para comprenderlo y apoyarlo, el paciente gradualmente irá declinando su apego al tratamiento. Los médicos consideran como pacientes con apego al tratamiento a los que siguen regularmente las indicaciones prescritas (Cifuentes & Jefy, 2007).

Se considera como apoyo familiar necesario para estos casos la adecuación de los hábitos de vida de las personas más cercanas a ellos, con vistas a estimularlos en el cumplimiento de las orientaciones de su equipo de salud. El hipertenso debe sentir el apoyo psicológico de sus seres más queridos, los que contribuirán, por ejemplo, a evitar situaciones estresantes, compartirán con él en pareja o en grupo la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta para todos de manera preventiva (Alfonso, 2004)

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos, la modificación de la manera en que se condimentan y la ingestión diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la hipertensión, son objetivos a veces difíciles de lograr, sin una

participación convencida del hipertenso y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que deben lograrse de conjunto en la familia (Holguín, Correa, & Arrivillaga, 2006).

4.6.6 Apoyo de la familia en el control de la Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial esencial es un trastorno multicausal con determinantes genéticos, ambientales y psicosociales y de conductas, así como nutricionales y patológicos. Dentro de los componentes ambientales y Psicosociales están entre otros el ambiente familiar, el ambiente laboral y la comunidad donde se vive (Holguín, Correa, & Arrivillaga, 2006).

La familia actúa no solo dando un sentido a la vida sino también determinando estilos de vida y forma de relacionarse con los otros. La relación con los otros miembros es muy importante, si bien difícil de aislar como elemento de análisis en el tema de la Hipertensión Arterial. Puede ser una fuente de agrado o de lo que se llama apoyo social, o de desagrado. Puede aumentar las exigencias de la vida diaria constituyendo un factor estresor, o puede ser visto como una forma de ayudar a cargar el peso de la vida a través del apoyo social, como suele ser en el caso de las familias extendidas. Habitualmente entre los adultos lo consideramos como una situación mixta (Diseases, 1986).

Las personas y las familias en su ciclo vital sufren cambios y deben adaptarse a circunstancias nuevas (crisis normativas) que pueden tener un impacto en la salud. Por lo tanto dependerá en que etapa del ciclo familiar se encuentra esta familia. Por ejemplo: ¿etapa del nido vacío?. Claramente el apoyo o no apoyo familiar afecta para llevar una dieta adecuada, el apoyo en el uso de los medicamentos, o instar a controlarse aparecen como factores coadyuvantes del control de la presión en un hipertenso. Es claro, también, que la familia aporta determinantes genéticos y de estilos de vida que pueden afectar el nivel de presión arterial y de otros factores de riesgo cardiovascular, pero su real cuantificación es difícil de valorar precisamente y depende de la situación particular (Arce, 2012).

Dos casos ejemplificadores: Syme y Marmot estudiaron el efecto del apego a las costumbres tradicionales y familiares de los japoneses que vivían en San Francisco (EEUU) y vieron que a mayor apego a ellas menor era el grado de enfermedad coronaria. Otro estudio bastante conocido es el caso Roseto (Pennsylvania EEUU) ciudad donde existía una comunidad italiana durante la década de los 50-60 con lazos familiares tradicionales muy fuertes y que mantenían su estilo de vida original de su ciudad de origen en Italia. Cerca de esa ciudad había otra llamada Bangor donde vivía una población con raíces inglesas, alemanas e italianas. La mortalidad cardiovascular en Bangor era el doble de la Roseto, la que no era posible atribuir a diferencias en la dieta. Posteriormente la comunidad de Roseto se fue asimilando a la cultura americana tradicional en relación a la familia, el trabajo, la autoridad, la educación y su mortalidad se fue asemejando a las ciudades vecinas, paralelamente fue alcanzado índices de mortalidad cardiovascular similar. (Montero, 2011)

De acuerdo a la experiencia de médicos y médicas de la familia, es común que durante los primeros tiempos después de haberse detectado la Hipertensión Arterial, el paciente siga el tratamiento, en lo que se refiere al control, consumo de los medicamentos, e incluso a la dieta y los cambios de su estilo de vida, pero también resulta habitual que luego de unos meses, comience a percibir su enfermedad como un factor que le crea cierto estado de minusvalía, cuestión que muchas veces atenta contra la estabilidad y las aferradas costumbres hogareñas (Alfonso, 2004).

La familia, los hijos, el esposo o la esposa, ejercen una influencia decisiva. Al paciente hipertenso no se le puede dejar de insistir en sus visitas periódicas al facultativo ya que la Hipertensión Arterial tiene la condición de ser un mal al que la persona se va acostumbrando y puede tener la presión alta y no sentir las molestias que antes le ocasionaba. Un estudio subraya que el hipertenso debe sentir el apoyo psicológico de sus seres más queridos, quienes contribuirán, por ejemplo, a evitar situaciones estresantes, compartirán la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta de toda la familia de manera preventiva. (Altamirano, 2011).

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos, la modificación de la manera en que se condimentan y la ingestión diaria de medicamentos, pasos que requiere el manejo integral de la hipertensión, son objetivos a veces difíciles de lograr, sin una participación convencida del hipertenso y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que deben lograrse de conjunto en la familia, reafirma el estudio cubano. (Rivera & Zamora, 2010).

Los profesionales de la medicina afirman, con razón, que el secreto para convivir con la Hipertensión Arterial, como con otras afecciones crónicas que necesitan de un control permanente, está en saber transformar nuestros hábitos sin que ello se perciba como una pérdida o una obligación dolorosa. Saber encontrar placer en los hábitos saludables es la base de un tratamiento integral, en el que el propio paciente y su familia son los verdaderos protagonistas (Covarrublas, 2010).

Cuando la familia y su grupo de amigos lo entienden y acompañan, el individuo hipertenso podrá disfrutar de la comida en grupo, salidas y reuniones, sin necesidad de lamentarse o sentirse “distinto” al no poder probar lo que todos comen, ni “divertirse” de la forma en que los demás lo hacen. Y detrás de todo ese proceso de cambio en el estilo de vida, han de estar el médico y la enfermera de la familia, quienes no deben ser nunca, como se ha dicho más de una vez, “meros observadores de la conducta del enfermo, sino componentes importantes en las decisiones y la conducta del paciente” (Altamirano, 2011).

El equipo básico de salud debe enseñar al paciente a actuar en beneficio de su propia felicidad. No se trata de que olvide su problema sino de que sepa convivir con él, y encuentre los motivos de felicidad que siempre brinda la vida. (MSP, 2015)

4.6.7 Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión Arterial.

Se considera como apoyo familiar necesario para estos casos la adecuación de los hábitos de vida de las personas más cercanas a ellos, con vistas a estimularlos en el cumplimiento de las orientaciones de su equipo de salud. El hipertenso debe sentir el

apoyo psicológico de sus seres más queridos, los que contribuirán, por ejemplo, a evitar situaciones estresantes, compartirán con él en pareja o en grupo la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta para todos de manera preventiva. (González & Vázquez, 2008)

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos, la modificación de la manera en que se condimentan y la ingestión diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la hipertensión, son objetivos a veces difíciles de lograr, sin una participación convencida del hipertenso y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que deben lograrse de conjunto en la familia. (González & Vázquez, 2008)

Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Este puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo o grupos de autoayuda, es decir, lazos sociales con otros individuos, grupos o con la comunidad y será más beneficioso en tanto incluya ayuda enfocada al problema de salud. (González & Vázquez, 2008)

Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten a las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso, también contribuye a animar al enfermo a mantener el régimen y a volver a la vida normal. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y (o) terapéuticas. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios. (Holguín, Correa, & Arrivillaga, 2006)

La hipertensión demanda un gran apoyo familiar para el paciente, pero con mucha frecuencia las personas que conviven con el hipertenso no tienen conciencia de su importante papel en ese sentido. Por ejemplo, aunque el control adecuado de las cifras de presión arterial resulta indispensable para aumentar la esperanza y calidad de vida del hipertenso, abundan los casos en que ese control no se lleva a cabo y los familiares cercanos hacen muy poco o nada para que se realice esa medición periódicamente. (González & Vázquez, 2008)

En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto del organismo mayor que lo contiene. En 1998 el Dr. Hortwitz describía la salud como “un producto social que es la responsabilidad de todos (Santos & Tolstenko, 2008).

Se han realizado diferentes estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que las personas sostienen con las comunidades donde habitan. Los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes (Arce, 2012).

Para las enfermedades crónicas representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica–, la Hipertensión Arterial es un factor de riesgo relevante, en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante (Cifuentes & Jefy, 2007).

El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad; por ello nos propusimos en este trabajo caracterizar el papel de la familia y la relación médico-familia en el control de la Hipertensión Arterial. (González & Vázquez, 2008)

Por ello el desarrollo de medidas no farmacológicas para el control de la Hipertensión Arterial son extremadamente importantes, pero es a través de la comunicación, el método de la entrevista clínica con el paciente, sus familiares, una buena comunicación de doble vía, que tenemos que influir socialmente y humanamente, para reducir el riesgo de éstas complicaciones, y así mejorar las condiciones de vida, la calidad de vida, cosa tan importante (Costa, 2008).

“La sociedad en su conjunto debe enfrentar con responsabilidad la lucha por la salud”, nuestro pueblo en general y nuestro sistema de salud en particular está haciendo esfuerzos muy grandes por conquistar la salud del hombre, hemos tenido grandes avances en ese frente, pero tenemos que hacer lo humanamente posible por continuar trabajando con el hombre como ser social, y como ser biosicosocial que es en aras de continuar superando las brechas que nos quedan en relación a la salud. Es un deber humano luchar por evitar estas complicaciones que describimos previamente y muchas más, porque es posible reducirlas. (Latour, Rosales, & Junco, 2011)

4.7 PROMOCIÓN DE SALUD

Derivado del compromiso de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud en 1977: salud para todos en el año 2000 -específicamente de la estrategia de atención primaria- quedó planteado en la Carta de Ottawa, elaborada por los países miembros de la OPS, así: "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"; "para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo, o un grupo, debe ser

capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, y de cambiar o adaptarse al medio ambiente" Y fue definida como "la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individuales y colectivas" (OMS, 2013).

En la Carta de Ottawa se proponen cinco mecanismos de acción: la promoción de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, la reorientación de los servicios de salud, la potenciación de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales (APS, 2013). Para ampliar el concepto de estilos de vida, aunque no se cuenta con una definición que satisfaga todas las interpretaciones, se puede expresar la siguiente como punto de entendimiento: los estilos de vida implican la manera como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga sobre lo dañino o lo saludable, y refleja valores y tradiciones, así como transformaciones, a través de la educación recibida. Para algunos, son el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, en los diferentes grupos socioculturales; otra característica, a la vez que se transmiten históricamente, es que son susceptibles de ser cambiados por intervenciones, bien sean positivas o negativas, por medio de la educación y la comunicación social (Messite & Warshaw, 2012).

4.8 ESTUDIOS REALIZADOS

En un estudio realizado en la Ciudad de Durango, se obtuvo que el apoyo familiar se asoció principalmente con las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos y apegarse a la dieta, mientras que en lo referente a las conductas que motivan la realización de ejercicio, aun cuando fue mayor en los pacientes con adherencia, no mostró asociación significativa. (Marín & Rodríguez, 2001)

De igual manera otro estudio realizado en la ciudad de Teresina, las subcategorías "Armonía en la familia", "Mejoría financiera en la familia", "Control de la presión arterial" y "Bienestar" recibieron solamente referencias positivas, mostrando, así, la influencia de la dinámica familiar y del alcance del control de la enfermedad en la

percepción del paciente en relación a los cuidados necesarios para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. “Preocupación con los hijos/nietos”, Relaciones con familiares/amigos”, “Alteración del estado de salud” y “Alteración emocional” formaron subcategorías que presentaron el mayor número de referencias negativas, sin embargo también recibieron consideraciones positivas, demostrando circunstancias de conflicto y desagradables en lo cotidiano de esos pacientes y poca participación familiar en relación al control de la enfermedad. (Santos & Tolstenko, 2008).

En relación a las familias que colaboran con la dieta de los pacientes con Hipertensión Arterial con el consumo de alimentos saludables se observa que el 58% de familias lo hacen, el 38% no apoyan al paciente con la dieta ni el consumo de alimentos saludables. Los datos indican que existe alto riesgo al no ingerir alimentos saludables y que la familia no colabore en la dieta del paciente hipertenso (Arce, 2012).

En la parroquia Santa Ana, de la misma forma se obtuvo que las familias colaboran con la dieta en pacientes con Hipertensión Arterial en un 62%, apenas un 38% dice no colaborar. En este mismo estudio se encontró que la mayoría de pacientes tiene una buena adherencia al tratamiento farmacológico, por lo cual en el presente se concluye que existe relación entre la el apoyo de la familia en la dieta del familiar hipertenso y la adherencia al tratamiento farmacológico del mismo. (Valdivieso, 2008)

5 MÉTODOLOGÍA

5. 1.- CONTEXTO

El presente trabajo se llevó a cabo en el área de cobertura del Centro de Salud de Zamora Huayco de la ciudad de Loja.

5. 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

5. 2.1. Metodología

El presente trabajo es un estudio descriptivo, cualitativo y transversal, que se realizó en el barrio Zamora Huayco.

5. 2.2. Unidad de análisis: Familias del Barrio Zamora Huayco que convivan con personas hipertensas.

5. 2.3. Criterios de inclusión:

- Integrantes de las familias de 20 a 60 años de edad
- Integrantes que convivan con una/s persona/s hipertensa/s en el barrio Zamora Huayco.

5. 2.4. Criterios de exclusión:

- Integrantes de las familias menores de 20 años y mayores a 60 años de edad.
- Integrantes que no convivan con una/s persona/s hipertensa/s en el barrio Zamora Huayco.

5. 2.5 Población y muestra

En el presente trabajo el universo se encuentra representado por las familias de 157 pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco, del Cantón Loja, de los cuales se contará con 111 familias, como nuestra muestra.

5. 3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

5. 3.1 TÉCNICAS

5. 3.1.1. Bibliográfica

En contenido del presente trabajo tiene un soporte científico en fuentes virtuales.

5.3.2. INSTRUMENTOS

5.3.2.1. Ficha bibliográfica

Se emplearon fichas bibliográficas para optimizar la base de fuentes bibliográficas (ANEXO 2)

5.3.2.2. Cuestionario para la encuesta

El formulario de recolección de datos, el mismo que contendrá los siguientes parámetros (ANEXO 1).

1. Datos de identificación del encuestado
2. Datos de la investigación.

5.3.2.3. Validación del instrumento

La validación del instrumento consistió en una prueba piloto, para determinar la claridad de las preguntas formuladas.

5.3.3. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo del presente trabajo se basó en los siguientes lineamientos:

- 1.- Recolección y revisión de información de diversas fuentes.
- 2.- Elaboración del trabajo investigativo.
- 3.- Validación de los instrumentos.
- 4.- Socialización del trabajo investigativo.
- 5.- Aplicación de los instrumentos.
- 6.- Consentimiento informado (Anexo 3)
- 7.- Análisis e interpretación de la información.
- 8.- Elaboración del informe escrito.
- 9.- Revisión y corrección del informe escrito.
- 10.- Realización de los trámites e informes previos a la presentación final.
- 11.- Presentación de informes.
12. Presentación y defensa del trabajo de investigación.

6 RESULTADOS

DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DE LOS HIPERTENSOS

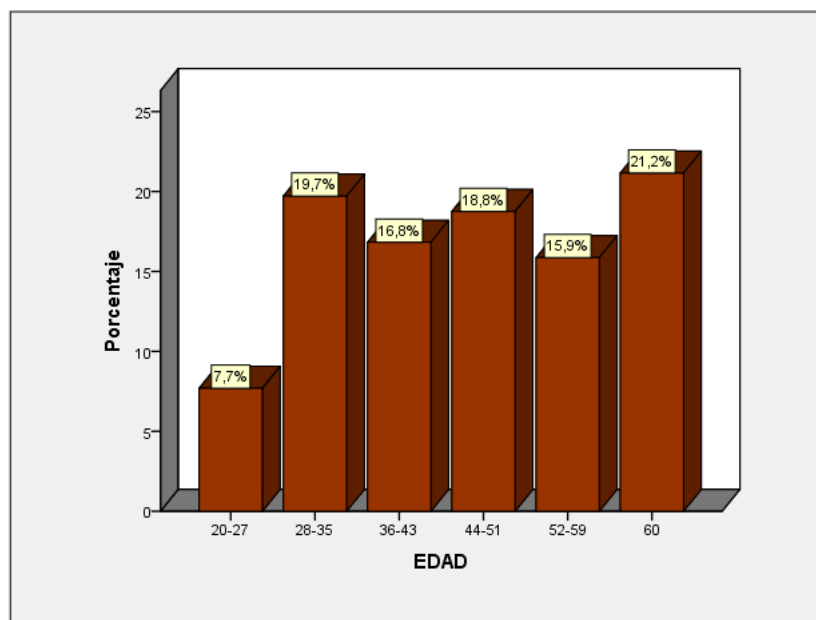
Tabla N°1 Edad de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
20-27	16	7,7
28-35	41	19,7
36-43	35	16,8
44-51	39	18,8
52-59	33	15,9
60	44	21,2
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 1 Edad de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: Los rangos de edades donde se ubican mayormente los encuestados están entre los 28 – 35 años y 60 años, con el 19,7 (n= 41) y 21,2 % (n= 44) respectivamente.

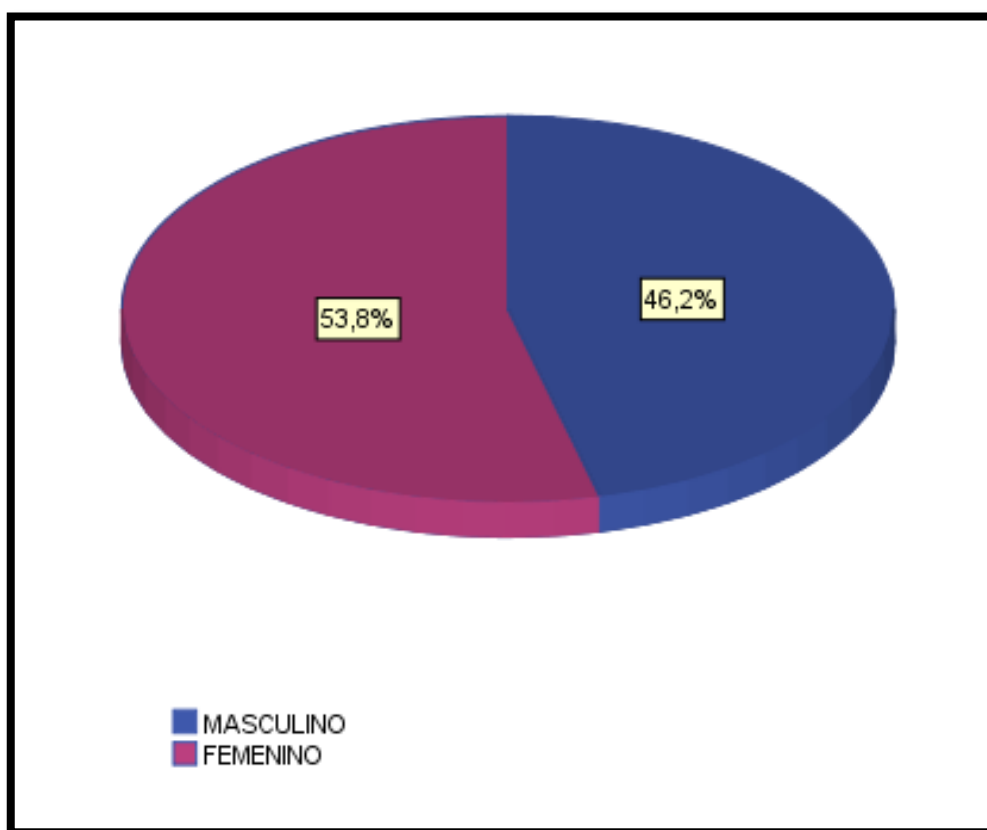
Tabla N° 2 Género de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	96	46,2
FEMENINO	112	53,8
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N°2 Género de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 53,8 % (n= 112) de los encuestados son del género femenino, y el 46,2 % (n= 96) masculino.

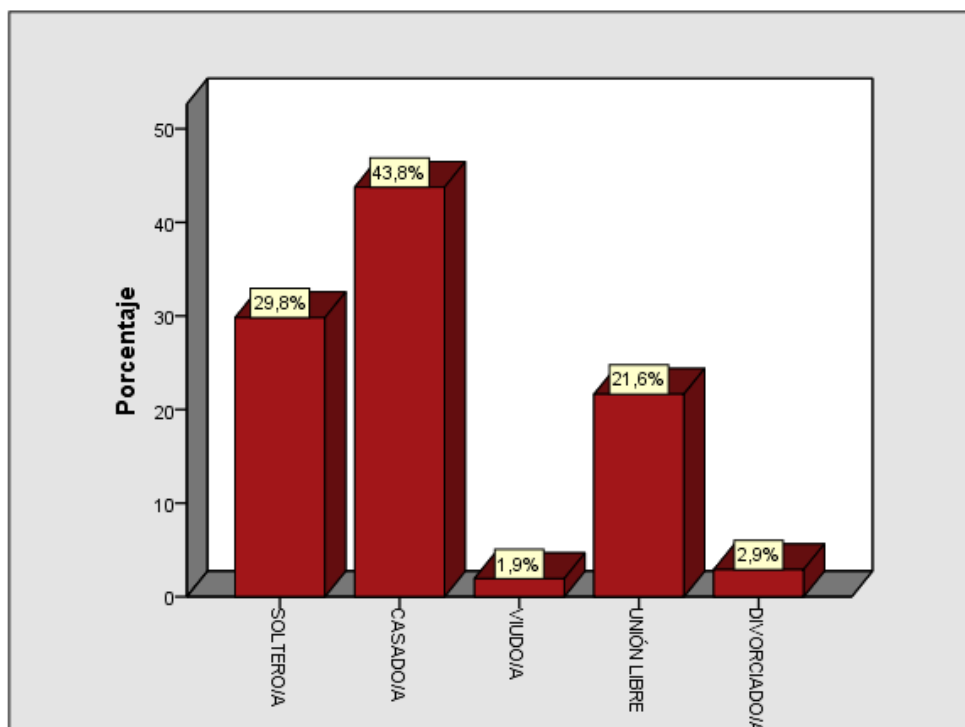
Tabla N° 3 Estado civil de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO/A	62	29,8
CASADO/A	91	43,8
VIUDO/A	4	1,9
UNIÓN LIBRE	45	21,6
DIVORCIADO/A	6	2,9
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 3 Estado civil de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: 43,8% (n= 91) de los encuestados son casados, el 29,8% (n= 62) son solteros y el 21,6% (n= 45) están en unión libre.

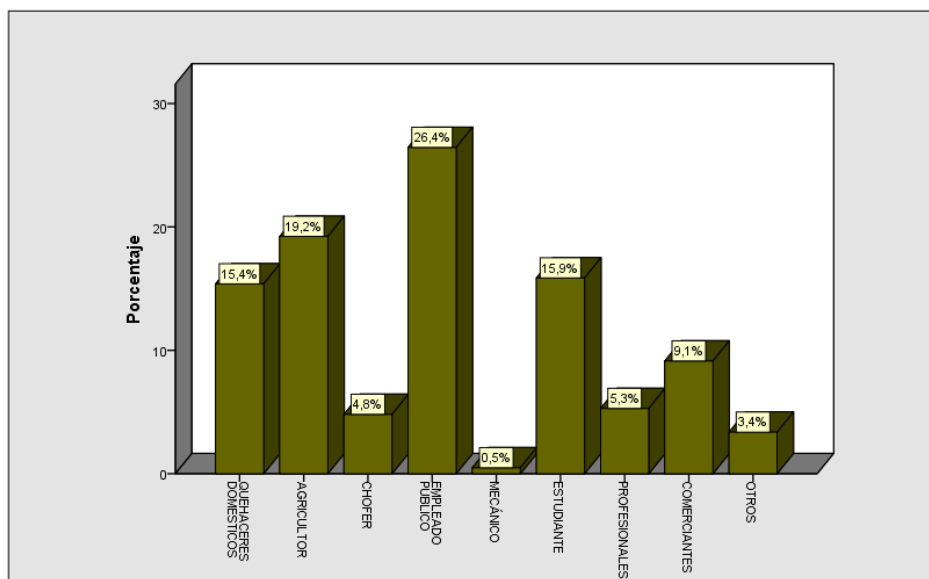
Tabla N° 4 Ocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
QUEHACERES DOMESTICOS	32	15,4
AGRICULTOR	40	19,2
CHOFER	10	4,8
EMPLEADO PÚBLICO	55	26,4
MECÁNICO	1	,5
ESTUDIANTE	33	15,9
PROFESIONALES	11	5,3
COMERCIANTES	19	9,1
OTROS	7	3,4
	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 4 Ocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 26,4 % (n= 55) son empleos públicos, el 19,2 % (n= 40) agricultores y el 15,4% (n= 32) en quehaceres domésticos.

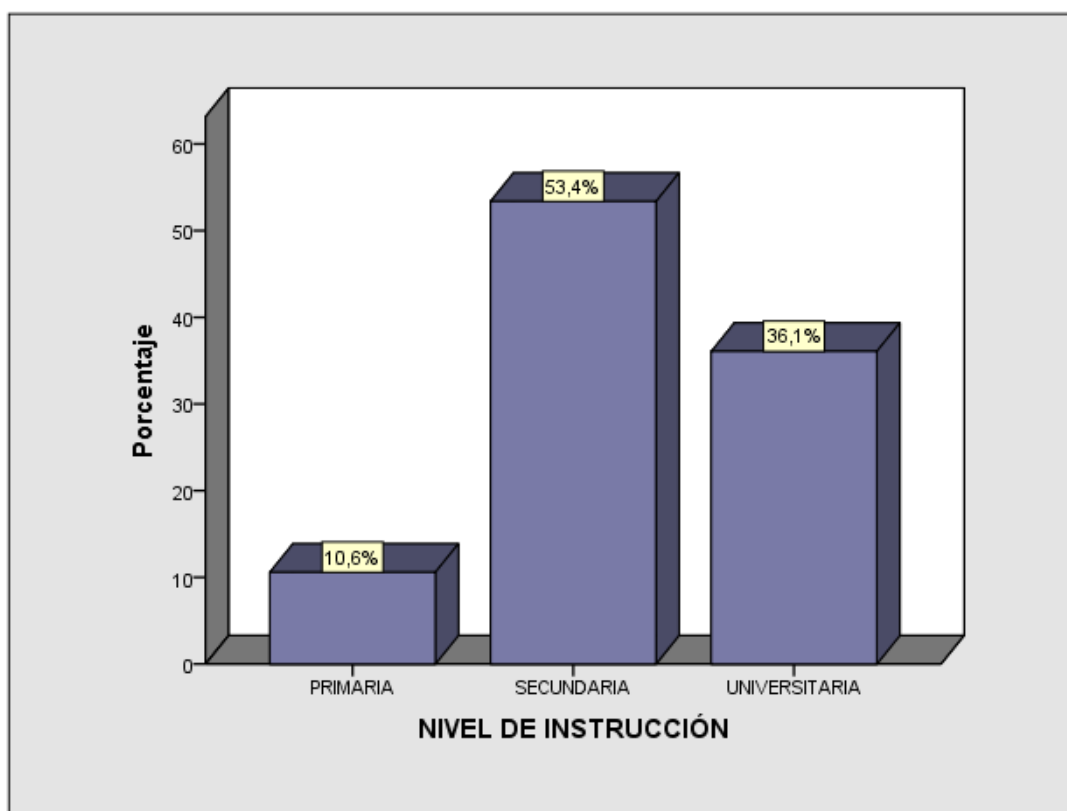
Tabla N° 5 Nivel de instrucción de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	22	10,6
SECUNDARIA	111	53,4
UNIVERSITARIA	75	36,1
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N°5 Nivel de instrucción de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: Por el nivel de instrucción el 53,4 % (n= 111) tienen secundaria y el 36,1 % (n= 41) universitaria.

1. PRIMER OBJETIVO ESPECIFICO:

- CONOCER LAS ACTITUDES DE LOS FAMILIARES FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO

1.1.-ACTITUDES COGNOSCITIVAS

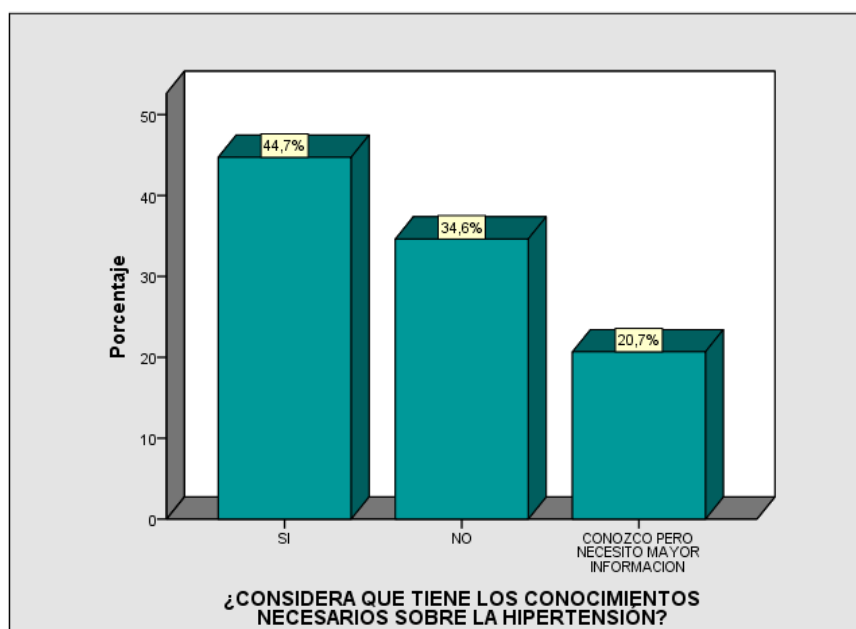
Tabla N° 6 Conocimiento sobre Hipertensión Arterial en los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	93	44,7
NO	72	34,6
CONOZCO PERO NECESITO MAYOR INFORMACION	43	20,7
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 6 Conocimiento sobre Hipertensión Arterial en los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 44,7 % (n= 92) de los encuestados, posee los conocimientos necesarios sobre la hipertensión y los cuidados que su familiar hipertenso requiere.

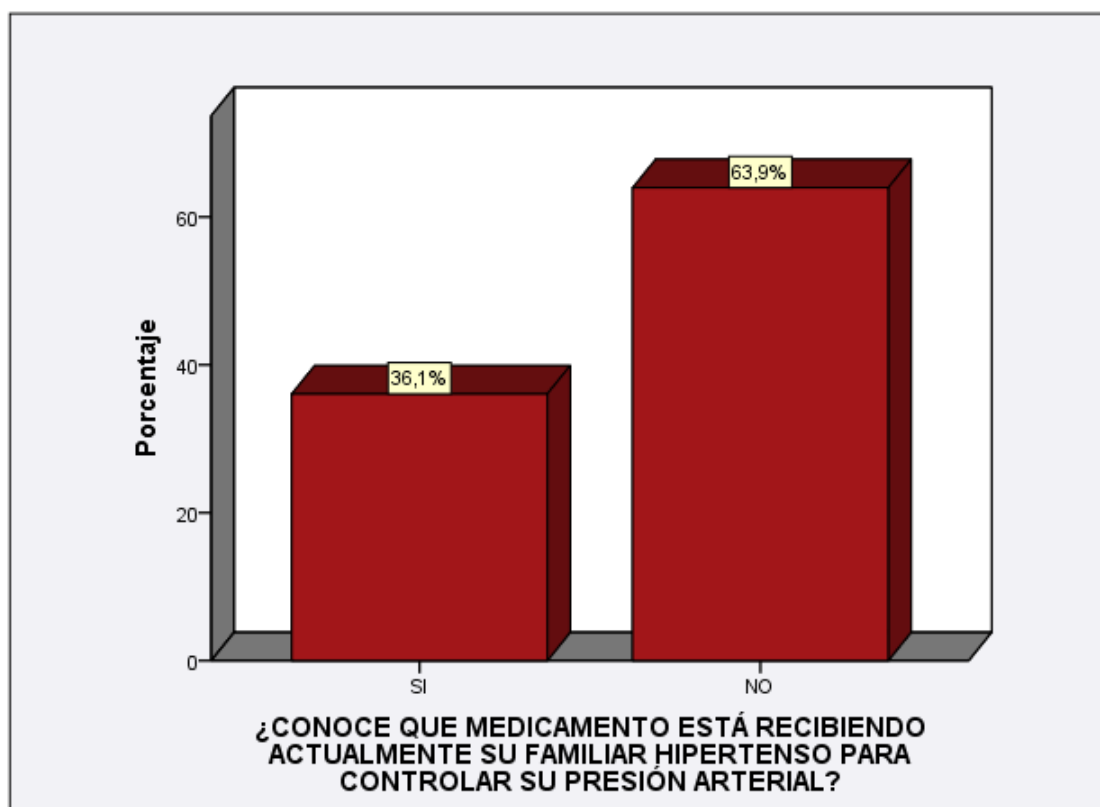
Tabla N° 7 Conocimiento de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco sobre medicamentos antihipertensivos.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	75	36,1
NO	133	63,9
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 7 Conocimiento de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco sobre medicamentos antihipertensivos.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 63,9% (n= 133) no conoce el tipo de medicamento que utiliza su familiar.

2.2 ACTITUDES AFECTIVAS

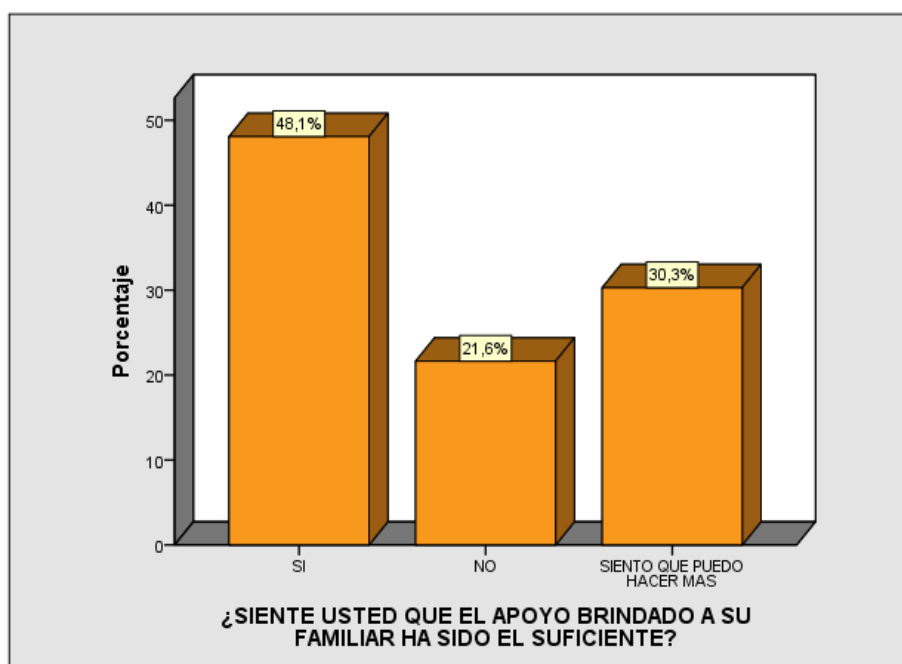
Tabla N° 8 Apoyo brindado de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	100	48,1
NO	45	21,6
SIENTO QUE PUEDO HACER MAS	63	30,3
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 8 Apoyo brindado de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 48,1 % (n= 100) siente que el apoyo brindado a su familiar ha sido el suficiente, el 30,3% (n= 63) sienten que podrían hacer un poco más, y finalmente el 21,6 % (n= 45) refiere que no ha sido suficiente.

2.3 ACTITUDES CONDUCTUALES

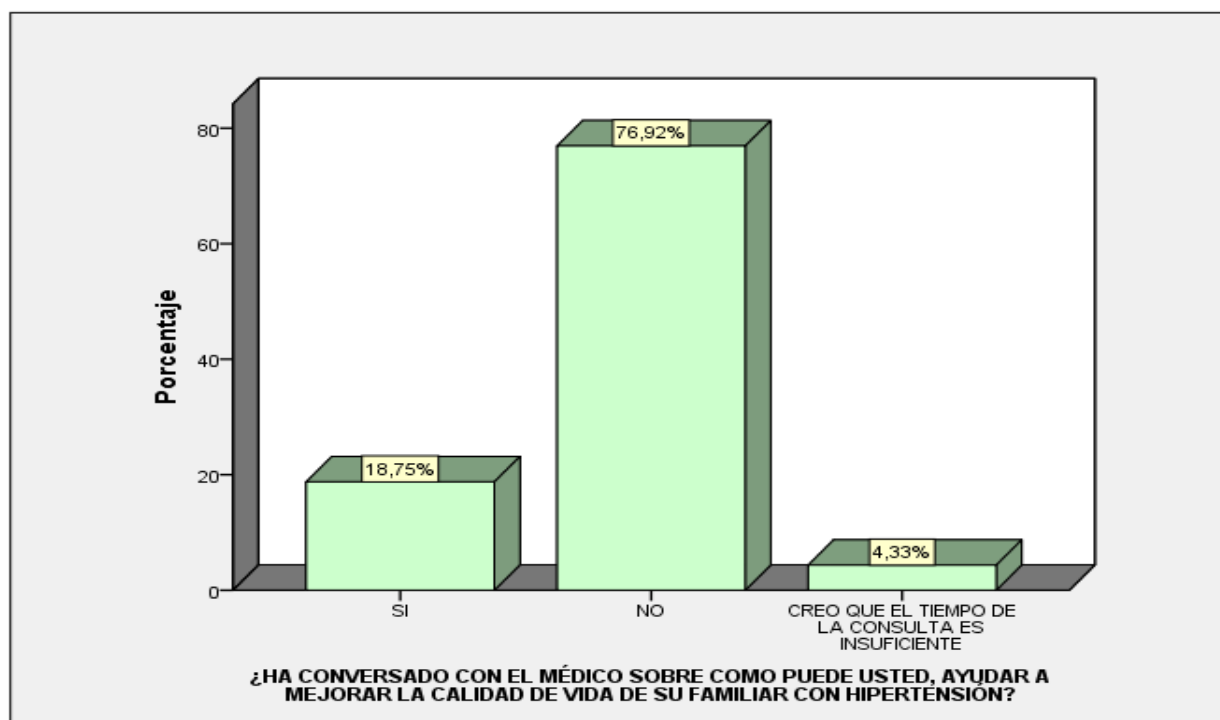
Tabla N° 9 Interacción en la consulta entre el médico y la familia de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco sobre estilos de vida.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	39	18,8
NO	160	76,9
CREO QUE EL TIEMPO DE LA CONSULTA ES INSUFICIENTE	9	4,3
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 9 Interacción médico-familiar de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco sobre estilos de vida.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 76,9 % (n= 160) indican que no han conversado con el médico sobre cómo mejorar la calidad de vida de su familiar hipertenso.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECIFICO:

- DESCRIBIR LAS PRÁCTICAS DE LOS FAMILIARES FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO

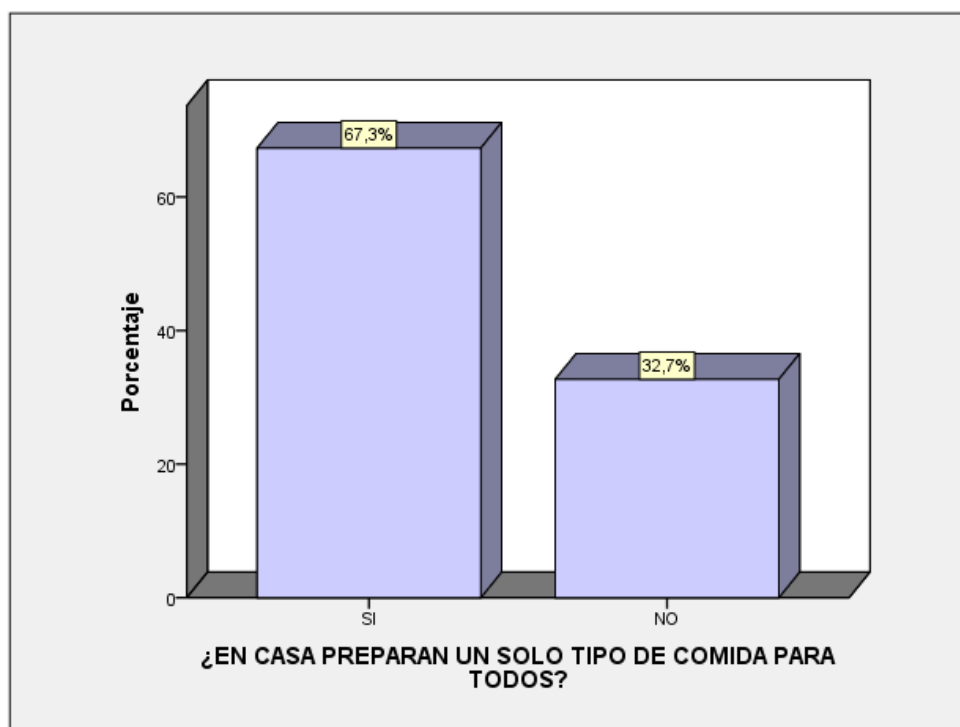
Tabla N° 10 Tipo de comida preparada en casa de los pacientes hipertensos.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	140	67,3
NO	68	32,7
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 10 Tipo de comida preparada en casa de los pacientes hipertensos.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 67,3 % (n= 140) refieren que en casa se prepara un solo tipo de comida para todos.

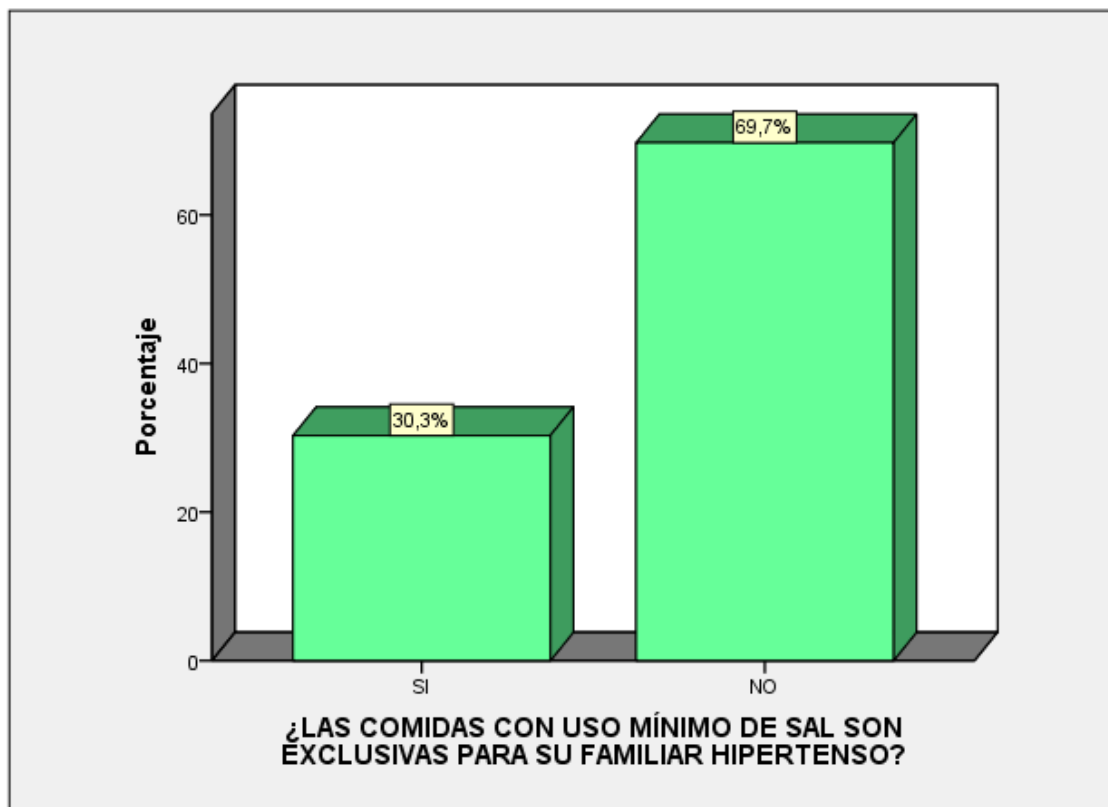
Tabla N° 11 Exclusividad de la dieta hiposodica para pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	63	30,3
NO	145	69,7
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 11 Exclusividad de la dieta hiposodica para pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 69,7 % (n= 145) refieren que las comidas con uso mínimo de sal, no son exclusivas para su familiar hipertenso.

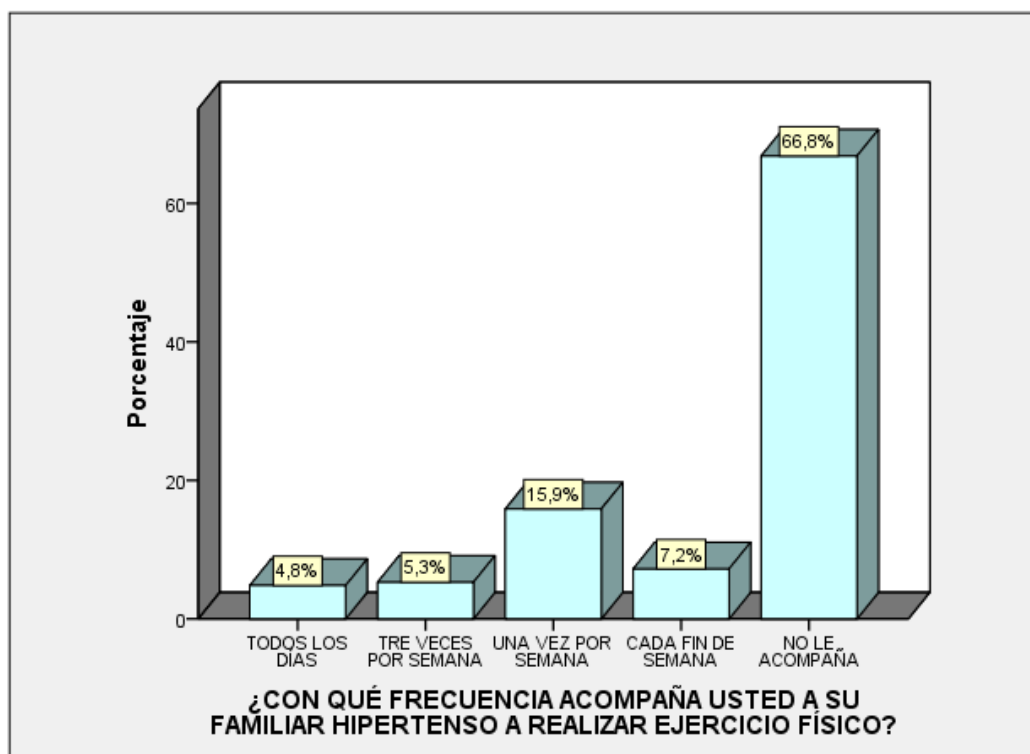
Tabla N° 12 Frecuencia de acompañamiento en actividad física por parte de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.

	Frecuencia	Porcentaje
TODOS LOS DÍAS	10	4,8
TRE VECES POR SEMANA	11	5,3
UNA VEZ POR SEMANA	33	15,9
CADA FIN DE SEMANA	15	7,2
NO LE ACOMPAÑA	139	66,8
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 12 Frecuencia de acompañamiento en actividad física por parte de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 66,8 % (n= 139) no acompañan a su familiar hipertenso a realizar ejercicio, y el 15,9% (n= 33) lo acompaña una vez por semana.

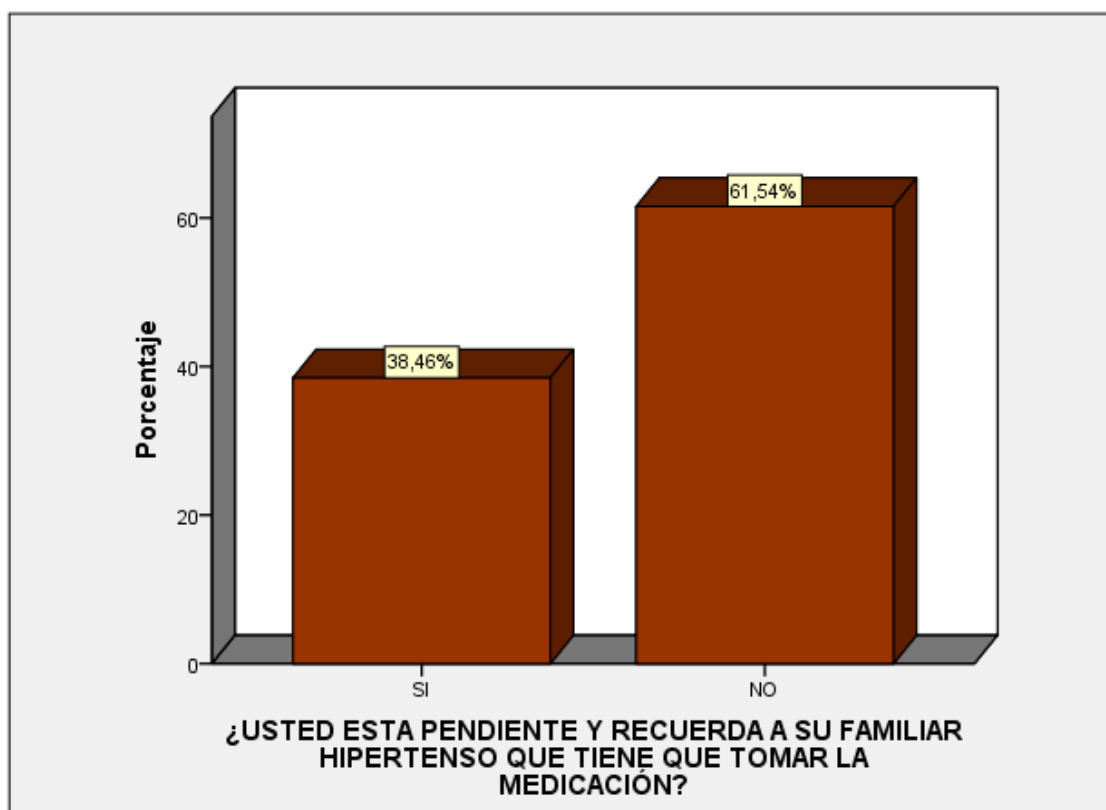
Tabla N° 13 Preocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco en el cumplimiento de la terapia farmacológica.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	38,5
NO	128	61,5
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 13 Preocupación de los familiares de pacientes hipertensos en el barrio Zamora Huayco en el cumplimiento de la terapia farmacológica.



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 61,5 %, (n= 128) no está pendiente ni le recuerda a su familiar hipertenso que tiene que tomar la medicación.

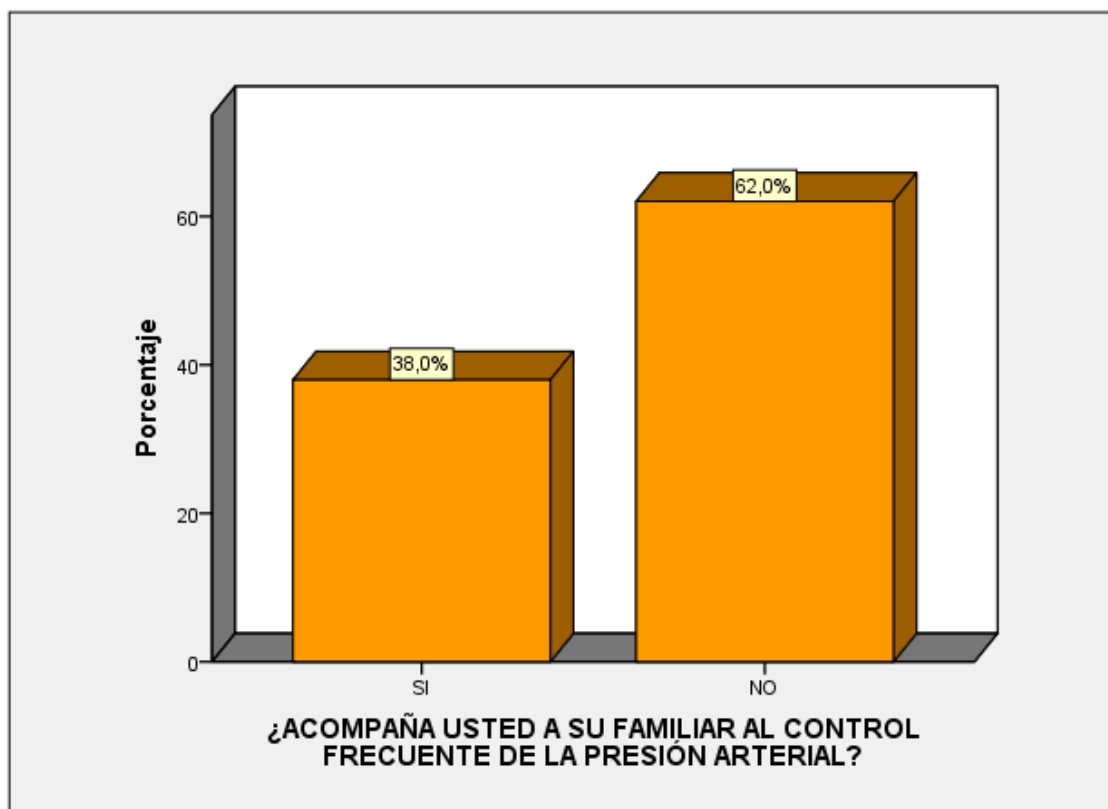
Tabla N° 14 Acompañamiento de los familiares de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco a los controles de Presión Arterial.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	79	38,0
NO	129	62,0
Total	208	100,0

ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Gráfico N° 14 Acompañamiento de los familiares de pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco a los controles de Presión Arterial



ELABORACIÓN: Rosa K. Guerrero V.

FUENTE: Encuesta

Lectura: El 62 % (n= 129) no acompaña a su familiar al control de la presión arterial.

7 DISCUSION.

En el Ecuador la Hipertensión Arterial se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad, y este dato incluye a la ciudad de Loja, en donde según el trabajo de Cerna Hairo J. realizado en una población geriátrica en esta ciudad, mostró una prevalencia de Hipertensión Arterial del 86.36% y según el Análisis Situacional Integral de Salud 2014-2015 en el barrio Zamora Huayco se reportó una prevalencia de 157 hipertensos, comprendiendo el sexto motivo de consulta más frecuente entre los moradores de 20 a 65 años de edad y el principal motivo de consulta en los de mayores de 65 años de edad.

En base a los datos epidemiológicos mencionados, se encuestaron 208 familiares pertenecientes a 111 familias de pacientes con Hipertensión Arterial, de los cuales aproximadamente la mitad son mujeres, con una edad comprendida entre 43 – 60 años, con un nivel de instrucción secundaria, casados o en unión libre y de ocupación agricultor y quehaceres domésticos. Estos datos indican que es la pareja del paciente, que permanece en casa y encargada de la preparación de los alimentos, quien ha asumido un papel importante en el tratamiento no farmacológico de la Hipertensión Arterial.

Al relacionar el nivel de escolaridad y conocimientos básicos acerca de Hipertensión Arterial en los encuestados, se observa una relación casi lineal entre estos dos parámetros, sin embargo estos conocimientos básicos de la patología son insuficientes a la hora de analizar como la dieta saludable e hiposódica y la actividad física repercuten positivamente en el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Está claro que el familiar que acude a la consulta con el paciente hipertenso entiende las recomendaciones médicas en lo que respecta a cambios en el estilo de vida pero, desconoce la magnitud que estas actitudes y prácticas tienen sobre el curso de la enfermedad.

El 46 % de los encuestados consideran que aisladamente el ejercicio, la dieta, el medicamento o el apoyo familiar son los aspectos más importantes del tratamiento, desconociendo la utilidad mancomunada de estos factores. El estudio realizado por

Mayckel da Silva Barreto de la Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari (Brasil) en el 2014, concluye que del 42,6% no adherentes a la farmacoterapia, el 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad; datos similares a los encontrados en el presente trabajo donde el 63% de los encuestados desconocen la medicación antihipertensiva que recibe su familiar, y el 54% no sabe reconocer situaciones de tensión arterial elevada o baja. Entonces, ¿cómo la familia forma parte activa del cuidado de su familiar hipertenso, involucrarse con el/ella?, si desconocen lo que éste padece y eso afecta negativamente en la adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo.

Dentro de las actitudes afectivas, el 86,1 % refieren que es importante apoyar a su familia y de ellos 48,1% siente que su apoyo ha sido suficiente; aunque un 30,3% refieren que apoyan a su familiar pero sienten que podrían hacer mucho más por él, entendiendo esto como una actitud positiva, ya que con el apoyo familiar, el paciente puede cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven con él, mejorando así su adhesión al tratamiento, como lo manifiesta Rosana dos Santos Costa (2008) de la Universidad Federal de Piauí (Brasil) en su estudio “CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL “

En cuanto a las actitudes conductuales, el presente estudio observó que el 85,6% desconoce la técnica para tomar la presión Arterial, lo que pone en manifiesto que los encuestados no mantienen un control continuo de los valores de tensión arterial de su familiar hipertenso, por lo tanto no pueden saber si el tratamiento está siendo efectivo, no podrán detectar situaciones de hipotensión o hipertensión relacionadas con el tratamiento farmacológico, especialmente cuando este está siendo instaurado o modificado. Esta falta de apoyo se refleja también en la falla de más del cincuenta por ciento de los familiares quienes no recomiendan grupos de apoyo o clubes de Hipertensión Arterial y un 25% desconoce la existencia de los mismos.

Las actitudes conductuales reflejadas en el acompañamiento de la familia a la consulta médica, el dialogo con el médico acerca de prácticas que ayuden a mejorar la calidad de

vida del paciente hipertenso, el interés del familiar acerca de los sentimientos negativos que genera la enfermedad no se evidencian en la población que participó en este trabajo; puesto que el 62% no acompañan a su familiar a los controles, el 76% no ha conversado con el médico sobre cómo mejorar la calidad de vida del hipertenso y el 66,8% ni siquiera ha conversado con su familiar sobre cómo se siente con esta enfermedad. Con todas estas actitudes conductuales negativas, resultaría casi imposible que el personal de salud sea el único encargado de apoyar al hipertenso, cuando el verdadero apoyo debería originarse en casa, o ser motivado por el médico como lo menciona Coque Tutasig (2011) de la Universidad Técnica de Ambato, quien corroboró la importancia de la asistencia a los controles médicos con la adherencia al tratamiento en 60 pacientes que acudían regularmente a los controles y con una adherencia del 45%, situación contraria se observó en aquellos que no asistieron a las citas médicas con un 68% de mala adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento también depende de la preocupación de los familiares en la toma de la medicación, situación que no es puesta en práctica en el 61.5% de los encuestados. En el estudio de Acurio Morale, en el 2015 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, el 31% olvidaba frecuentemente tomar la medicación y el 12% dejó el tratamiento debido al bajo nivel cognoscitivo sobre la enfermedad y la dificultad de acudir mensualmente a consulta. Este trabajo demuestra la importancia de que los familiares estén pendientes de la toma de la medicación.

De las prácticas familiares con mayor impacto en el tratamiento no farmacológico se menciona el evitar el uso excesivo de sal y que este tipo de dieta no sea exclusiva del paciente hipertenso, en el presente trabajo estas prácticas se realizan en el 73,6% y 69,7%, respectivamente. Esto tiene un impacto positivo, apoyando por el artículo de Feng J. He publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública octubre de 2012, que menciona que una reducción de consumo de sal inferior a 5 g/d reduce los niveles de presión arterial hasta de 13/6 mmHg y reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

8 CONCLUSIONES

1. Para el primer objetivo de esta investigación, sobre las actitudes de los familiares de los hipertensos del barrio Zamora Huayco del cantón Loja, de la provincia de Loja - Ecuador, lo dividí, en actitudes: cognoscitivas, afectivas y actitudinales, y se concluye que:
 - a. En las **actitudes cognoscitivas**, los familiares del paciente hipertenso consideran que un alto porcentaje poseen los conocimientos necesarios sobre la enfermedad, reconocen cuando existe elevación o descenso de la presión arterial y la influencia de una dieta y el ejercicio en el control de la misma, lo que refleja una actitud positiva. Por otro lado se visualiza una actitud negativa en el desconocimiento del nombre del medicamento que se encuentra recibiendo su familiar.
 - b. Dentro de las **actitudes afectivas**, lo positivo se ve reflejado en el apoyo en casa a su familiar hipertenso, en la preocupación por las complicaciones que puede provocar un mal control de la enfermedad y en la necesidad de querer hacer más por ellos.
 - c. Al referirse a **actitudes conductuales**, principalmente se obtuvieron actitudes negativas, representadas en el desconocimiento sobre cómo tomar la presión arterial, de cómo actuar ante una situación de presión alta o baja que se presente súbitamente, además la falta de importancia que le merecen al ampliar las redes sociales de su familiar al no motivar a su familiar a asistir a grupos de personas que padecen la misma enfermedad y a no conversar con el médico sobre cómo ayudar a su familiar hipertenso a mejorar su calidad de vida.
2. En el segundo objetivo, sobre las **prácticas**: En lo referente a prácticas alimentarias, existe una práctica positiva, mientras que en lo que respecta al acompañamiento a la práctica de ejercicio o actividad física, a los controles médicos y al estar pendientes de la medicación antihipertensiva, esta fue negativa.

3. Finalmente, acorde al tercer objetivo, se socializó los resultados obtenidos con el personal del Subcentro de salud de Zamora Huayco, perteneciente al MSP, en donde se concluyó reforzar los siguientes puntos:
 - Incentivar la participación de pacientes y familiares en temas de Hipertensión Arterial.
 - Planificar actividades mensuales para trabajar con el Club de Hipertensos, (ejemplo guías nutricionales).
 - Planificar sesiones de bailoterapia y de ejercicios físicos para los pacientes hipertensos y sus familiares.

9 RECOMENDACIONES

- Que el personal del Subcentro de Salud de Zamora Huayco:
 - Incluya a la familia como parte activa en el tratamiento y en las prácticas para optimizar la calidad de vida del paciente hipertenso.
 - Difunda la existencia del “Club de hipertensos del Barrio” con invitación para toda la familia, reenmarcando que el tratamiento de esta enfermedad, requiere de la colaboración y apoyo de toda la familia.
 - Socialice más acerca de la Hipertensión Arterial, su tratamiento farmacológico y no farmacológico.
 - Elabore guías de actividades, de ejercicios físicos y de alimentación para el hipertenso que incluya a la familia.

10 BIBLIOGRAFÍA

11 Bibliografía

- Álvarez, L., Rueda, Z., & González, L. (Julio de 2010). <http://www.scielo.cl/scielo>. Recuperado el 26 de Julio de 2016, de <http://www.scielo.cl/scielo>: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol9-Issue2-fulltext-118>
- Weber, M., Schiffrin, E., & White, W. (2013). <http://www.ash-us.org/documents>. Recuperado el 28 de Julio de 2016, de <http://www.ash-us.org/documents>: http://www.ash-us.org/documents/JCH_HTN_Guidelines_2013.pdf
- Adams, K., Schatzkin, A., & Harris, T. (24 de Agosto de 2006). <http://www.nejm.org>. Recuperado el 30 de Julio de 2016, de <http://www.nejm.org>: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa055643>
- Alfonso, A. G. (2004). *Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión Arterial*. Villa Clara.
- Altamirano, M. A. (2011). *Prevalencia de los factores de Riesgo en pacientes con HIPERTENSIÓN ARTERIAL*. Ambato.
- Anesthesia, M. (2005). *Transfusion Reactions*. Elsevier.
- APS, C. (2013). *Comunidad APS*. Recuperado el 2015, de <http://www.foroaps.org/files/entrevis4.pdf>
- Arce, G. (5 de Marzo de 2012). La hipertensión afecta a 3 de cada 10 ecuatorianos. *PP El verdadero*, págs. <http://www.ppelverdadero.com.ec/mi-guayaquil/item/la-hipertension-afecta-a-3-de-cada-10-ecuatorianos.html>.
- Banks, A. A. (2001). Manual Técnico. 591-613.
- Blumberg, N., Heal, J., Gettings, K., & Phipps, R. (Diciembre de 2010). www.ncbi.nlm.nih.gov. Recuperado el 12 de Febrero de 2016, de www.ncbi.nlm.nih.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20561296>
- Bowman, J. (1990). Recuperado el 12 de Diciembre de 2013
- Carson, J., Hill, S., Carless, P., Hebert, P., & Henry, D. (2002). (T. M. Rev, Ed.) Recuperado el 01 de Marzo de 2016
- Carson, J., Terrin, M., Noveck, H., & Sanders, D. (2011). (N. E. Med, Ed.) Recuperado el 12 de Febrero de 2016

- CENETEC. (2014). *GPC: Tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL en el primer nivel de atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
- Cerna Bermeo, H. (2011). *INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES GERIATRICOS DE LA CIUDADELA "ESTEBAN GODOY" DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010 - JUNIO 2011*. Loja.
- Cifuentes, J., & Jefy, N. (2007). ¿La familia, apoyo o desaliento apra el paciente? Osorno, Chile.
- Cosín Aguilara, J., Hernández Martíneza, A., & Masramón Morell, X. (13 de Marzo de 2007). <http://www.elsevier.es>. Recuperado el 28 de Julio de 2016, de <http://www.elsevier.es>: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sobrepeso-obesidad-pacientes-con-hipertension-13112092>
- Costa, R. d. (2008). CONTRIBUIÇÃO FAMILIAR NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 2-6.
- Covarrublas, P. (2010). La familia en la sociedad latinoamericana. *Revista de trabajo social*, 20.
- Cristiam, M. R. (01 de Abril de 2008). Prescripción de ejercicio en pacientes con Hipertensión Arterial. *Rev. Costarr. Cardiol*, 10.
- Cruz, E. (2014). Uso de partograma. San Carlos, Guatemala.
- Danilo, N., & Bajuelo, E. (2004). *MEDISAN*. Recuperado el 2015, de MEDISAN: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm
- Daryl, J., Kor, & Ognjen, G. (2010). (W. K. Wilkins, Ed.) Recuperado el 12 de Diciembre de 2015
- Diseases, W. E. (1986). Recuperado el 12 de Agosto de 2016, de <http://www.who.int/iris/handle/10665/38004>
- Dunne, J., Malone, D. L., & Tracy, J. K. (2 de Marzo de 2005). <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/sur.2004.5.395>. Recuperado el 21 de Enero de 2016, de <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/sur.2004.5.395>.

- Escobar, M. C., Petrásovits, A., & Peruga, A. (Enero de 2000). *http://www.redalyc.org*. Recuperado el 21 de Julio de 2016, de <http://www.redalyc.org>: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642112>
- Espinosa, M. V. (2009). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la medicina en familia en pacientes con Hipertensión Arterial. *Revista de la Universidad del Azuay*, 47-72.
- Ezzati, M., Lopez, A., & Rodgers, A. (2 de Noviembre de 2002). *http://www.ncbi.nlm.nih.gov*. Recuperado el 28 de Julio de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12423980>
- Fernández, S. (2006). *ELSEVIER*. Recuperado el 2015, de <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-consumo-alcohol-riesgo-cardiovascular-13074441>
- Frank, S., Svetkey, L., & Vollmer, W. (2011). Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *The new england journal of medicine*, 3-10.
- Gonzales, T. (2012). *Actitudes ante la muerte y adherencia terapéutica del paciente con IRC*. Toluca.
- González, A., & Vázquez, Y. (2008). *Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión Arterial*. México: Medicentro.
- González, L. (2014). *USAC*. Recuperado el 2015, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3616.pdf
- Goodnough, L. T., Levy, J. H., & Mu, M. F. (25 de Mayo de 2013). Recuperado el 10 de abril de 2015
- Guerra, E. H. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con Hipertensión Arterial. *Revista de la Universidad Nacional de Colombia*, 2-5.
- Hamilton, B., & Blaunstein, M. (2009). *PUBMED*. Recuperado el 2015, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16472478>
- Henk, S. (1959). Recuperado el 09 de Julio de 2014

- Hennino, A., Bérard, F., Guillot, I., & Saad, N. (Febrero de 2006). *www.ncbi.nlm.nih.gov*. Recuperado el 14 de Enero de 2016, de *www.ncbi.nlm.nih.gov*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16461989>
- Hernández, D., & Nava, Z. (2014). Tratamiento y comorbilidad de los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial dentro del centro de salud rural San Jerónimo, estado de Mexico. San Jerónimo, México.
- Holguín, L., Correa, D., & Arrivillaga, M. (2006). *Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial*. Bogotá: Universitas Psicológica.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2013). Hipertensión Arterial. *Revista - E- análisis*, 8-10.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2015).
- IntraMed, L. V. (s.f.). *www.intramed.net*. Recuperado el 02 de Marzo de 2016, de *www.intramed.net*.
- James, P., Oparil, S., & Carter, B. (18 de Diciembre de 2013). <http://csc.cma.org.cn>. Recuperado el 12 de Enero de 2016, de <http://csc.cma.org.cn>: <http://csc.cma.org.cn/attachment/2014315/1394884955972.pdf>
- Jaramillo, Z., & Fanny, L. (2006). Cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención del parto. Loja, Loja, Ecuador.
- Jimenez, G. (2009). Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma. Loja, Loja, Ecuador.
- Kung HC, X. J. (Marzo de 2015). Recuperado el 27 de Julio de 2016
- Lanas, F., & Serón, P. (02 de Octubre de 2012). Recuperado el 12 de Agosto de 2016
- Latour, R., Rosales, L., & Junco, X. (2011). *ILUSTRADOS*. Recuperado el 2015, de Hipertensión Arterial como causa de enfermedad crónica no transmisible: <http://www.ilustrados.com/tema/6790/Hipertension-arterial-como-causa-enfermedad-cronica.html>
- Ledón, L. (18 de Enero de 2011). *BSVCUBA*. Recuperado el Mayo de 2015, de INFOMED: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_37_04_11/spu13411.htm

- Looney, M., Gilliss, B., & Matthay, M. (2012). *www.ncbi.nlm.nih.gov*. Recuperado el 25 de Enero de 2016, de *www.ncbi.nlm.nih.gov*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621274>
- López, R. G. (2007). *Digeset*. Recuperado el 2007, de Digeset: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ricardo_Garcia_Lopez.pdf
- Lucio, C. G. (2015). *El mundo.es SALUD*. Recuperado el 7 de Juilo de 2009, de El mundo.es SALUD:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/06/29/corazon/1246290486.html>
- M, S. (1969). Recuperado el 12 de Julio de 2014
- Malone, D., Dunne, J., Tracy, J., Putnam, A., & Scalea, T. (2016 de Mayo de 2003). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777902>. Recuperado el 22 de Enero, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777902>.
- Marín, F., & Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial. *SCIELO*.
- Márquez, E. (2007). Cumplimiento terapéutico en la HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión*, 4.
- Martín Alfonso, L. (2009). *INFOMED*. Recuperado el 2015, de ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSOS: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf
- Martínez, B. Y. (Agosto de 2013). *SCIELO*. Caracas, Venezuela. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1012-25082013000200008&script=sci_arttext
- Mazzara, R. (2005). Inmunoematología transfusión sanguínea en hematología. En *Hematología Clínica* (págs. 829-833).
- Messite, J., & Warshaw, L. (2012). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo: Protección y promoción de la salud*. España: Chantal Dufresne, BA.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Español. (2009). *Guía Europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación CEIPC Española*. España: Imgraf Impresores S.L.

- Montero, J. (2011). *UMBE*. Recuperado el 2015, de Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/mbe2001/respuesta131004.html>
- MSP. (Junio de 2008). *SNS CONASA*. Recuperado el Febrero de 2015, de SNS CONASA: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>
- MSP. (2012). Manual del modelo de atención integral de salud. Quito, Ecuador.
- MSP. (2015). *INFOMED*. Recuperado el 2015, de Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi09199.htm
- Nascimento, B., Callum, J., Tien, H., & Rubinfeld, G. (2013). Recuperado el 12 de mayo de 2015
- National Institutes of Health. (2011). *GeoSalud*. Recuperado el 2015, de <http://geosalud.com/hipertension/tratamiento1.htm>
- Natukunda, B., Brand, A., & Schonewille, H. (Noviembre de 2010). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20827185>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Suiza: WHO Document Production Services, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Marzo de 2013). *World Health Organization*. Recuperado el Mayo de 2015, de <http://www.who.int/features/qa/82/en/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Recuperado el 2010, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
- Parra, J., García, J., & Fonseca, S. (2006). *Hipertensión en la práctica clínica*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Popovsky, M., Robillard, P., Schipperus, M., & Stainsby, D. (Junio de 2011). *www.ihn-org.com*. Recuperado el 8 de Febrero de 2016, de www.ihn-org.com:

<http://www.ihn-org.com/wp-content/uploads/2011/06/ISBT-definitions-for-non-infectious-transfusion-reactions.pdf>

- Prashant, P., Rajendra, C., & Amita, A. (Julio de 2010). *www.ncbi.nlm.nih.gov*. Recuperado el 19 de Enero de 2016, de *www.ncbi.nlm.nih.gov*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2937301/>
- Praveen, K., Rakesh, T., & Poonam, C. (25 de Julio de 2013). *www.ajts.org*. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de *www.ajts.org*: <http://www.ajts.org/article.asp?issn=0973-6247;year=2013;volume=7;issue=2;spage=109;epage=115;aulast=Kumar>
- Renán, M. F. (2012). *Programa de atención integral al paciente hipertenso arterial en el centro médico Cristo Rey en Portoviejo 2012*. Potoviejo.
- Reyes, F. M. (2007). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial esencial. *SCIELO*, 2-12.
- Rivera, D., & Zamora, E. (2010). *Monografias.com*. Recuperado el 2015, de Factores de riesgo psicosociales que influyen en la Hipertensión Arterial: <http://www.monografias.com/trabajos94/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial.shtml>
- Rojas, C. M. (01 de Abril de 2008). Prescripción de ejercicio en pacientes con Hipertensión Arterial. *Rev. Costarr. Cardiol*, 10(1-2).
- Roth, V., Kuehnert, M., Haley, N., & Gregory, K. (2001). *www.ncbi.nlm.nih.gov*. Recuperado el Enero12 de 2016, de *www.ncbi.nlm.nih.gov*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11778061>
- Saieh, C. (Abril de 2005). Hipertensión Arterial. Tratamiento no farmacológico . *Rev. Med. Clin. Condes*, 16(2).
- Sandeep, S., Hemlata, & Anupam, V. (Septiembre de 2014). *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260299/*. Recuperado el 13 de Enero de 2016, de *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260299/*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260299/>

- Santos, R., & Tolstenko, L. (2008). CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista latinoamericana de enfermedades*.
- Sarmiento, J. (2008). *IntraMed*. Recuperado el 2015, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53556>
- Sarnaik, S., Schornack, J., & Lusher, J. (Mayo de 1986).
- Serrano, V. (4 de 10 de 2014). Loja: 4 enfermedades prevalecen en la región. *El mercurio*, pág. 10.
- Shimada, E., Tadokoro, K., Watanabe, Y., & Ikeda, K. (Junio de 2002). www.ncbi.nlm.nih.gov. Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de [www.ncbi.nlm.nih.gov: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12147031](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12147031)
- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. (2009). *Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica*. Andalucía.
- Sosa-Rosado, J. M. (2010). Recuperado el 17 de Agosto de 2016
- Tahhan, H., Holbrook, C., Braddy, L., & Brewer, L. (Julio de 1994). [/www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). Recuperado el 12 de Enero de 2016, de [/www.ncbi.nlm.nih.gov: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8053036](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8053036)
- Taylor, R., O'Brien, J., Trottier SJ, S., & Manganaro, L. (2006). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16849995>. Recuperado el 22 de Enero de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16849995>.
- Thakral, B., Saluja, K., Sharma, R., & Marwaha, N. (Octubre de 2008).
- Tobe, S., Padwal, R., & Poirier, L. (2014). Canadian Hypertension Education Program's Evidence-Based Recommendations Task Force. *Canadian Journal of Cardiology*, 485.
- Toy, P. (2005). *Critical care Medicine*, 33, 721-726.
- UNFPA. (2011). *UNFPA*. Recuperado el 2015, de Programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo: http://web.lb.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch5

- Valdivieso, M. (2008). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva de medicina familiar en pacientes con Hipertensión Arterial en la parroquia de Santa Ana de Cuenca. *Revista de la universidad del Azuay*, 47-52.
- Velasquez, M. (2007). *Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales*. Heodra.
- Villanueva, A., & Riega, P. (2004). Calidad de atención del parto y satisfacción de usuarias. San Fernando, San Marco, Perú.
- Villanueva, C., Colomo, A., Bosch, A., & Concepcion, M. (2013). (N. E. Med, Ed.) Recuperado el 12 de Enero de 2016
- Vincent, J., Baron, J., & Reinhart, K. (25 de Septiembre de 2002). <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195310>. Obtenido de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195310>.
- Vised, J., & José, B. (2014). *Enfermedad y familia*. Méxio: C. P. 50000, Toluca.
- Viteri, G. (2007). SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. *OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*, 77.
- Voak, D., Cann, R., Finney, R., & Fraser, I. (1994). Recuperado el 12 de Enero de 2014

12 ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**AREA DE LA SALUD HUMANA****MEDICINA HUMANA****ENCUESTA PARA DETERMINAR ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA, FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO****EDAD:**.....años.**SEXO:**

1. Masculino:.....

2. Femenino:.....

ESTADO CIVIL:

1. Soltero/a:.....

4. Unión libre:.....

2. Casado/a:.....

6. Divorciado:.....

3. Viudo/a:.....

OCUPACIÓN:

1. Q. Domésticos: ..

4. Empleado Público:

7. Profesionales:

2. Agricultor:

5. Mecánico:

8. Comerciante:

3. Chofer:..

6. Estudiante: ...

9. Otros:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

1. Analfabeto/a:

3. Secundaria:.....

2. Primaria:.....

4. Universitaria:

ACTITUDES**ACTITUDES COGNOSCITIVAS**

¿Considera usted que tiene los conocimientos necesarios sobre la hipertensión, y el cuidado que requiere su familiar?

Si

No

Conozco pero necesito mayor información.

¿Considera usted que una dieta saludable (baja en sal) y ejercicio físico influyen en el control de la presión arterial?

Si

No

¿Por qué?

.....

¿Cuál de los siguientes cree usted que es el aspecto más importante en el tratamiento de su familiar hipertenso?

Ejercicio

Dieta

Apoyo familiar

Medicamentos

Todos

Ninguno

¿Conoce usted que medicamento está recibiendo actualmente su familiar hipertenso para controlar su presión arterial?

Si

No

Cual-----

¿Puede usted reconocer cuando su familiar hipertenso se encuentra con la presión alta?

Si

No

¿Puede usted reconocer cuando su familiar hipertenso se encuentra con la presión baja?

Si

No

ACTITUDES AFECTIVAS

¿Cree que es importante apoyar a su familiar hipertenso en el cumplimiento de su tratamiento?

Si

No

¿Se siente preocupado por las complicaciones que podría tener su familiar hipertenso al no cumplir con el tratamiento?

Si

No

No piensa en eso

¿Siente que la enfermedad limita a su familiar, en el desarrollo normal de sus actividades diarias?

Si

No

En algunas cosas

¿Se siente disgustado al ver ciertas reacciones negativas de su familiar hipertenso cuando usted intenta ayudarlo?

Si

No

¿Siente ud. que el apoyo brindado a su familiar ha sido el suficiente?

Si

No

Siento que puedo hacer más.

Al involucrarse en el cuidado y apoyo de su familiar, ¿Crees ud que le ha limitado llevar una vida social y familiar normal?

Siempre

Algunas veces

Nunca

ACTITUDES CONDUCTUALES

¿Sabe medir la presión arterial?

Si

No

¿Sabe cómo reaccionar en caso de que su familiar presente un cuadro de presión alta o presión baja?

Si

No

¿Ha recomendado a su familiar hipertenso que asista a grupos de personas con esta enfermedad, como un Club de hipertensos?

Si

No

Si pero se rehúsa asistir.

Desconoce la existencia de este tipo de grupos

¿Aconseja y motiva a su familiar hipertenso, a visitar constantemente al médico?

Si

No

Si pero se rehúsa asistir

¿Ha conversado con el médico sobre cómo puede usted, ayudar a mejorar la calidad de vida de su familiar con hipertensión?

Si

No

Creo que el tiempo de la consulta es insuficiente.

¿Ha conversado con su familiar, sobre cómo se siente al padecer esta enfermedad?

Si

No

No encontramos el momento adecuado para hacerlo.

¿Evita situaciones que preocupen o alteren a su familiar hipertenso?

Si

No

A veces es inevitable.

PRACTICAS

En relación a la comida:

¿En casa preparan un solo tipo de comida para todos? Si..... No.....

En relación al consumo de sal:

¿En casa se evita el uso excesivo de sal en las comidas? Si..... No.....

¿Las comidas con uso mínimo de sal son exclusivas para su familiar hipertenso? Si.....

No.....

En relación al tabaco:

Su familiar hipertenso es fumador? SI..... No..... A veces.....

En el que caso que su respuesta haya sido afirmativa:

¿Ha utilizado alguna estrategia para ayudar a su familiar hipertenso a dejar el hábito del tabaco? Si..... No..... ¿Cuál?.....

En su familia, existe alguna persona fumadora que este en contacto directo con el paciente?

Si..... No.....

En relación al consumo de alcohol:

Su familiar hipertenso bebe? SI..... No..... A veces.....

¿Ha utilizado alguna estrategia para ayudar a su familiar hipertenso a dejar el alcohol?

Si... No... ¿Cuál?.....

En relación al ejercicio físico: ¿Con que frecuencia Acompaña usted a su familiar hipertenso a realizar ejercicio físico?

Todos los días

Tres veces por semanas

Cada fin de semana.

No le acompaña

En relación a la medicación antihipertensiva:

¿Usted está pendiente y recuerda a su familiar hipertenso que tiene que tomar su medicación? Si.... No....

En relación al acompañamiento:

¿Acompaña usted a su familiar, al control frecuente de la presión arterial?: Si.....

No.....

ANEXO 2

FICHA BIBLIOGRÁFICA

BIBLIOTECA	AUTOR	Pedido N°	
		Libro:	
		Pedido:	
		Recibido:	
	Título:		
	Lugar:	Editor:	Año:
	Ed.	ISBN	Precio:
	Vol.		
	Recomendado	Ejemplares	
	Referencia		

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**AREA DE LA SALUD HUMANA****MEDICINA HUMANA****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN DENOMINADA ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA, FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO**

El participante confirma:

He recibido la información sobre el presente trabajo de investigación. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante
_____ Fecha _____ Día/mes/año

ANEXO 4

English Speak Up Center

71

Nosotros "*English Speak Up Center*"

CERTIFICAMOS que

La traducción de los documentos adjuntos solicitada por ROSA KARINA GUERRERO VALDIVIESO con cedula de ciudadanía N° 1104386659 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "*English Speak Up Center*".

Esta es una traducción textual de los documentos adjuntos, y el traductor es competente para realizar traducciones.

Loja, 27 de septiembre de 2016

Elizabeth Sánchez de Velasco

Lic. Elizabeth Sánchez Burneo

DIRECTORA ACADÉMICA



ANEXO 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

“ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIAS FRENTE A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO DEL CANTÓN LOJA”

PROYECTO DE TESIS

AUTORA:

Rosa Karina Guerrero Valdivieso

LOJA-ECUADOR

2015

1859

1. TEMA

ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL BARRIO ZAMORA HUAYCO

2. PROBLEMATIZACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, representan la principal causa de defunción en todo el mundo; de vital importancia la Hipertensión Arterial (HTA), un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta; que actualmente se presenta en alrededor de 1 000 millones de personas. (OMS, 2015)

Existen factores de riesgo bien establecidos para el apareamiento de la HTA, que incluyen el estilo de vida del paciente y ciertos hábitos modificables, dentro de los cuales se habla de una dieta con un alto consumo de grasas, sodio, baja ingesta de potasio, falta de actividad física y hábitos tóxicos como el alcohol y tabaco principalmente. Los afroamericanos son especialmente una raza sumamente sensible a padecer de esta patología debido a los efectos de una dieta alta en sodio y potasio en cantidad insuficiente. (Altamirano, 2011)

En América Latina, la HTA es causante del alrededor del 30% de fallecimientos, se prevé que estas tasas de mortalidad en la región aumentarán significativamente para el año 2020. (LUCIO, 2015)

Según la OMS en el 2013, tres de cada 10 personas padecen esta patología, lamentablemente uno de cada 2 ignora ser hipertenso y sólo se entera una vez que ha padecido alguna patología como eventos cardiovasculares (Síndrome Coronario Agudo, Eventos Cerebro-Vasculares, Trombo-Embolias, entre otros.), estando el 95% de estos relacionados con varios factores de riesgo como la herencia y la edad principalmente, según Freddy Oña, miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología. (Arce, 2012)

En Ecuador, según el INEC, Base Egresos Hospitalarios, en el año 2011 a nivel nacional se presentan 10.429 casos con hipertensión. Del total de registros, el 58,14% corresponde a los hombres y el 41,86% a mujeres. En la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de las enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12%. (INEC, 2013)

En Loja, un estudio realizado en una población geriátrica muestra una prevalencia de la hipertensión arterial del 86.36%, siendo más frecuente en individuos del sexo femenino. Los factores de riesgo asociados encontrados en la población fueron: el sobrepeso en el 63,63% de los casos, alcoholismo crónico en el 15,78%, tabaquismo en el 10,52%, consumo de sal en la dieta en el 72.72% y sedentarismo en el 77.27%. El sobrepeso

estuvo relacionado directamente con el alto consumo de carbohidratos y grasas, y la poca actividad física. (Bermeo, 2011)

Debido a tan alta prevalencia de HTA, se considera que son muchos los factores que intervienen en el desarrollo favorable o no de la enfermedad, y es la familia quien con sus actitudes y prácticas influyen de manera significativa en la evolución de la enfermedad, con actitudes como el apoyo o no en la ingesta de una dieta hipocalórica baja en sodio, la práctica continua de ejercicio físico, consumo de azúcar, alcohol y tabaco.

Con respecto a esto, tenemos que el test de Batalla en relación a la colaboración de la familia en la dieta del paciente hipertenso muestra que el 74.2% son familias que colaboran y son pacientes adherentes al tratamiento para hipertensión. “Siendo así que el apoyo de la familia en la dieta es un factor protector y positivo para la adherencia del tratamiento”. (Espinosa, 2009)

El 50% de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento, sin embargo el porcentaje restante no lo posee y se ha demostrado que esto constituye un factor negativo en el cumplimiento del tratamiento del paciente hipertenso. El involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar la hipertensión. Según Brannon, “uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el apoyo de la familia y de los amigos”. (Guerra, 2012)

El apoyo familiar se asoció principalmente con las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos y apegarse a la dieta, manteniendo así valores casi normales de tensión arterial, mientras que en lo referente a las conductas que motivan la realización de ejercicio, aun cuando fue mayor en los pacientes con adherencia, no mostró una asociación significativa. (Reyes, 2007)

El manejo de la HTA incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas. Sin embargo, ya que se requiere la adopción permanente de estas acciones el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente, de manera que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo, los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar. (Reyes, 2007)

El hipertenso debe sentir el apoyo psicológico de sus seres más queridos, los que contribuirán, por ejemplo, a evitar situaciones estresantes, compartirán con él en pareja o en grupo la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta para todos de manera preventiva. (Alfonso, 2004) (Renán, 2012) (López, 2007)

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos tales como, hidratos de carbono y grasas, además de la modificación en la forma en que se condimentan, disminuyendo la sal y la ingestión diaria de medicamentos antihipertensivos y diuréticos, que requiere el manejo integral de la hipertensión, son objetivos a veces difíciles de lograr, sin una participación convencida del hipertenso y sus familiares, ya que implican modificaciones del estilo de vida, que deben lograrse de conjunto en la familia. Esto es confirmado en estudios realizados en Teresina, estado de Piauí, Brasil; donde llega a la conclusión que la familia representa, para la mayoría de las personas, una importante fuente de apoyo y seguridad, permitiendo el intercambio de amor, afecto, respeto y valor y que por lo tanto la organización familiar y sus interacciones influyen directamente en el éxito del tratamiento de la hipertensión arterial. En otro estudio realizado en SANTA CLARA, VILLA CLARA se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados. Al indagar la información que poseían las familias sobre hipertensión arterial, se encontró una pobre información sobre la dieta correcta, utilidad del tratamiento, así como la importancia del ejercicio físico y la nocividad del hábito de fumar. (Alfonso, 2004) (López, 2007) (Costa, 2008)

Las personas que se encuentran dentro de una familia funcional y que se sienten apoyadas por los suyos tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos pacientes que pertenecen a familias disfuncionales o con inestabilidad familiar o aislamiento. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso, también contribuye a animar al enfermo a mantener el régimen y a volver a la vida normal. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y

terapéuticas. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios. (Costa, 2008)

En cuanto a la prevalencia a nivel local, en la provincia de Loja se han diagnosticado según datos del INEC, 451 casos en el 2010, mientras que esta cifra aumento en el 2011 a 485 casos. (INEC, INEC, 2015)

Sin embargo, pese a este incremento no se han realizado estudios sobre el papel que juega la participación de la familia frente a la hipertensión arterial y ante esta realidad, conociendo que la familia es uno de los principales factores que interviene en la evolución de la enfermedad se plantea ¿Cuáles son las actitudes y prácticas de las familias frente al paciente hipertenso en la ciudadela Zamora Huayco?

3. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, se pueden desencadenar complicaciones severas. A nivel mundial, uno de cada tres padece hipertensión arterial. (OMS, 2015)

En la provincia de Loja se considera que varios son los factores determinantes para que esta enfermedad ocupe uno de los primeros lugares: la mala alimentación, condiciones raciales, el uso de alcohol y tabaco, falta de actividad física y cuestiones hereditarias. (Serrano, 2014)

Por estas razones y ya a que el tratamiento de la hipertensión además de ser farmacológico incluye una serie de requisitos de carácter psicológico y social para mantener valores cercanos a la normalidad de tensión arterial como son, la práctica continua de hábitos saludables, dentro de estos lo más importantes, una dieta hipocalórica e hipograsa, la ingesta de alimentos con una mínima cantidad de sodio y sal, además de la práctica de mínimo 30 minutos de ejercicio diario, considero que un factor importante y dejado a un lado por la población para el aumento de hipertensión dado en nuestra ciudad se debe al desconocimiento de estos temas, además de que no existen estudios en nuestra ciudad que demuestren la existencia de actitudes y practicas positivas o no por parte de la familia al paciente enfermo.

Por lo cual me he propuesto realizar la presente investigación basada principalmente en conocer las actitudes y prácticas que poseen las familias frente a la hipertensión arterial en la ciudadela Zamora Huayco.

Ya que con los resultados de la misma se propondría un plan de educación continua a las familias que se enfrentan a esta patología, se podría mejorar la calidad de atención dentro de los centros de atención primaria en salud procurando involucrar al médico a la realidad que vive el paciente, para que dando a conocer la influencia del apoyo familiar se incremente el éxito del tratamiento de la hipertensión, logrando así regular a valores normales las cifras de tensión arterial, además de que a largo plazo se disminuirá las complicaciones que se presentan como consecuencia de un tratamiento inadecuado.

Además este es un tema que se encuentra formando parte de los ámbitos a investigarse en la carrera de medicina del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, cuyos resultados obtenidos contribuirán con la comunidad universitaria y la sociedad, permitiéndole a su vez a la Universidad Nacional de Loja, realizar vinculación con la colectividad; al paciente le permitirá conocer que el tratamiento de su enfermedad no es únicamente farmacológico y que tiene más posibilidades de mejorar su calidad de vida con el apoyo de su familia, además esto permitirá que los servicios de salud tomando en cuenta estos resultados apoyen, concienticen y eduquen a las familias que de una u otra forma son parte fundamental del tratamiento de estos pacientes.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **GENERAL:**
- Determinar las actitudes y prácticas de la familia, frente a la hipertensión arterial en el Barrio Zamora Huayco, con el propósito de socializar los resultados mediante un foro para diseñar modelos de educación continua familiar
- **ESPECIFICOS:**
 - Conocer las actitudes de los familiares del paciente hipertenso en el Barrio Zamora Huayco.
 - Describir las prácticas de los familiares del paciente hipertenso en el Barrio Zamora Huayco.
 - Socializar los resultados del presente trabajo con el personal que labora en el Centro de Salud de Zamora Huayco mediante un foro para diseñar modelos de educación continua a la familia de un paciente hipertenso en el Barrio Zamora Huayco.

5. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. DATOS GENERALES DEL BARRIO ZAMORA HUAYCO
2. CRECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL
3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 - 3.1. DEFINICIÓN:
 - 3.2. EPIDEMIOLOGÍA
 - 3.3. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN
 - 3.3.1. ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO
 - 3.3.2. REDUCCIÓN DE PESO
 - 3.3.3. RESTRICCIÓN EL CONSUMO DE ALCOHOL
 - 3.3.4. INGESTA DE SODIO ADECUADA
 - 3.3.5. EVITAR SITUACIONES DE ESTRÉS
 - 3.3.6. INFLUENCIA DE LA DIETA Y EJERCICIO EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL
4. DEFINICIÓN DE ACTITUD
5. DEFINICIÓN DE PRÁCTICA
6. LA FAMILIA
7. ADAPTACIÓN FAMILIAR
8. RELACIÓN MÉDICO-FAMILIA
9. RELACIÓN PACIENTE-FAMILIA
10. LA FAMILIA Y LA SALUD COMO UN SISTEMA INTEGRAL
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FAMILIA
12. PROMOCIÓN DE SALUD
13. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA PARA EL CUIDADO FAMILIAR DEL HIPERTENSO
14. APOYO DE LA FAMILIA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
15. EL PLACER DE LA FAMILIA AL COMPARTIR LOS BUENOS HÁBITOS
16. CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL
17. IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
18. LOS MEDICAMENTOS Y LA HIPERTENSIÓN.

18.1. CASI TODOS LOS HIPERTENSOS INCUMPLEN SU TRATAMIENTO, IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA CAMBIAR ESTE HÁBITO.

19. ESTUDIOS REALIZADOS

6. METODOLOGÍA

6. 1.- CONTEXTO

El presente trabajo se llevó a cabo en el área de cobertura del Centro de Salud de Zamora Huayco de la ciudad de Loja.

6. 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

6. 2.1. Metodología

El presente trabajo es un estudio descriptivo, cualitativo y transversal, que se realizó en el barrio Zamora Huayco.

6. 2.2. Unidad de análisis: Familias del Barrio Zamora Huayco que convivan con personas hipertensas.

6. 2.3. Criterios de inclusión:

- Integrantes de las familias de 20 a 60 años de edad
- Integrantes que convivan con una/s persona/s hipertensa/s en el barrio Zamora Huayco.

6. 2.4. Criterios de exclusión:

- Integrantes de las familias menores de 20 años y mayores a 60 años de edad.
- Integrantes que no convivan con una/s persona/s hipertensa/s en el barrio Zamora Huayco.

6. 2.5 Población y muestra

En el presente trabajo el universo se encuentra representado por las familias de 157 pacientes hipertensos del barrio Zamora Huayco, del Cantón Loja, de los cuales se contará con 111 familias, como nuestra muestra.

6. 3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

6. 3.1 TÉCNICAS

6. 3.1.1. Bibliográfica

El contenido del presente trabajo tiene un soporte científico en fuentes virtuales.

6. 3.2. INSTRUMENTOS

6. 3.2.1. Ficha bibliográfica

Se emplearon fichas bibliográficas para optimizar la base de fuentes bibliográficas (ANEXO 2)

6. 3.2.2. Cuestionario para la encuesta

El formulario de recolección de datos, el mismo que contendrá los siguientes parámetros (ANEXO 1).

3. Datos de identificación del encuestado
4. Datos de la investigación.

6. 3.2.3. Validación del instrumento

La validación del instrumento consistió en una prueba piloto, para determinar la claridad de las preguntas formuladas.

6. 3.3. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo del presente trabajo se basó en los siguientes lineamientos:

- 1.- Recolección y revisión de información de diversas fuentes.
- 2.- Elaboración del trabajo investigativo.
- 3.- Validación de los instrumentos.
- 4.- Socialización del trabajo investigativo.
- 5.- Aplicación de los instrumentos.
- 6.- Análisis e interpretación de la información.
- 7.- Elaboración del informe escrito.
- 8.- Revisión y corrección del informe escrito.
- 9.- Realización de los trámites e informes previos a la presentación final.
- 10.- Presentación de informes.
11. Presentación y defensa del trabajo de investigación.

7. CRONOGRAMA

8. PRESUPUESTO - FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
OBJETIVOS 1 Y 2				
MATERIAL PARA APLICAR ENCUESTAS	1,00	Copias de encuestas, Esferos, Lápices, Borradores	200,00	200,00
MATERIALES DE OFICINA	1,00	Resmas de Papel, Esferos, Lápices, Borradores, etc	100,00	100,00
REPRODUCCIÓN DE BORRADOR DE TESIS	2,00	Documentos	100,00	200,00
IMPRESIÓN DOCUMENTOS FINALES	1,00	Documentos	200,00	200,00
OBJETIVO 3				
INTERNET	8,00	MENSUAL	20,00	160,00
MATERIALES DE OFICINA	1,00	Resmas de Papel, Esferos, Lápices, Borradores, etc	50,00	50,00
REPRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS	10,00	Documentos	10,00	100,00
TOTAL				1010,00