



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

CAMBIOS FAMILIARES FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores:

Nair Aguiar
Alex Loureiro
Mariana Moreira

Tutoras:

Prof. Agda. Lic. Enf. Silvia Crosa
Prof. Adj. Lic. Enf. Rosemary Carrillo

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

*A pesar del distanciamiento de la estructura familiar tradicional,
la familia continúa siendo la unidad de relación básica en la sociedad
y la más potente aliada del médico.
Un abordaje familiar en la atención sanitaria
puede proporcionar una mayor capacidad
para comprender la enfermedad y una gama de soluciones
más extensas que el clásico modelo biomédico.*

McDaniel S, Campbell T, Seaburn D, 1990.

Tabla de Contenidos

Resumen

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEO DEL PROBLEMA	2
• <i>El apoyo social y familiar ante la enfermedad crónica</i>	2
• <i>La hipertensión arterial en Uruguay</i>	4
• <i>Pregunta problema</i>	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
• <i>Proceso de Salud – Enfermedad</i>	7
• <i>Enfermería Comunitaria y Familiar</i>	7
• <i>Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)</i>	9
• <i>Presión Arterial</i>	10
• <i>Atención centrada en la persona</i>	14
• <i>Educación del paciente y adherencia al tratamiento</i>	15
OBJETIVOS	17
• <i>Objetivo General</i>	17
• <i>Objetivos Específicos</i>	17
MÉTODOS	18
RESULTADOS	21
• <i>Análisis de los Resultados</i>	30
• <i>Conclusiones</i>	33
• <i>Recomendaciones</i>	34
<i>Referencias Bibliográficas</i>	36
<i>Anexo 1</i>	43
<i>Anexo 2</i>	44

Publicado por el Centro de Estudios e Investigaciones Científicas (CEIC) del Hospital General de Montevideo, Uruguay.

Resumen

El rol de la familia ante las enfermedades crónicas es muy importante para la adherencia al tratamiento. Sin embargo, demanda un proceso de adaptación de los hábitos del grupo, que se cumple de distinta manera en cada familia. En este caso, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con el propósito de analizar las posibles transformaciones que se producen en las familias, cuando uno de sus integrantes sufre de hipertensión. Los objetivos que guiaron el trabajo fueron: conocer los cambios referidos a la dieta, las actividades físicas para contrarrestar el sedentarismo, el gasto familiar y la ocupación laboral.

Los datos se recolectaron en la Policlínica de la Intendencia de la zona oeste, Montevideo, Uruguay, sobre una muestra de 30 personas, que se atienden regularmente en dicho centro.

Los resultados confirman que, frente a la enfermedad crónica, se producen ciertas modificaciones en la rutina de las familias que tienen a su cargo un integrante con hipertensión arterial. El presupuesto aumentó en el 60% de los casos; el 40% redujo sus actividades laborales; el 57% inició una dieta más saludable, pero sólo el 27% redujo el sedentarismo.

Conclusiones: El estudio permitió alcanzar los objetivos esperados, reafirmando la significación de la familia en la adherencia al tratamiento de la hipertensión, lo que nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de ofrecer información y consejería apropiada, para prevenir las complicaciones de la enfermedad, acompañar las medidas terapéuticas y promocionar los hábitos saludables. En consecuencia, destacamos la importancia de promover y organizar las redes sociales desde la perspectiva de la Enfermería Comunitaria y Familiar.

Palabras clave: Hipertensión Arterial, Enfermedad Crónica, Enfermería Comunitaria y familiar, Familia .

INTRODUCCIÓN

El presente informe resume las actividades de investigación llevada a cabo por un grupo de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR - Uruguay), en cumplimiento de los requisitos académicos para obtener el correspondiente título de grado.

El estudio realizado, se enmarca dentro del Departamento Enfermería Familiar y Comunitaria, en la línea de investigación de Salud familiar, y se enfoca en los cambios que se producen en el ámbito familiar ante la hipertensión arterial (HTA) de uno de sus integrantes. Específicamente, se trató de conocer si existen modificaciones en el plano laboral y económico, así como en lo respectivo a las actividades físicas para combatir el sedentarismo, en un grupo de personas que relataron tener un familiar con HTA, a su cargo.

Para ello, se seleccionó una muestra entre los usuarios que concurren a una Policlínica de la Intendencia de Montevideo, durante el mes de agosto de 2017, a la cual el grupo investigador, aplicó un cuestionario de elaboración propia, mediante entrevista directa.

Los resultados muestran que el 60% de las personas encuestadas, aumentaron su presupuesto económico al tener, en la familia, un integrante con hipertensión arterial. El 40% redujo su actividad laboral, el 57% adoptó una dieta más saludable y 27% intentó disminuir el sedentarismo, por medio de la actividad física.

Estos hallazgos nos permitieron observar la importancia de la familia como apoyo ante el tratamiento de la hipertensión arterial de uno de sus integrantes y, a la vez, comprender que puede ser una oportunidad para iniciar una rutina de hábitos más saludables; sin dejar de reconocer que las características de los trastornos crónicos, conlleva algunas desventajas en el plano económico y laboral, debido a que se deben realizar modificaciones a largo plazo.

PLANTEO DEL PROBLEMA

El apoyo social y familiar ante la enfermedad crónica

El apoyo social positivo (familia o amigos) desempeña un papel importante en la capacidad de una persona para tomar decisiones más saludables. El apoyo social, refiere a la capacidad de ofrecer a las personas que están en estado de indefensión, auxilio, para ayudarlas a recuperar la autonomía. ¹

El apoyo moral y afectivo de familiares y amigos, durante una crisis, tiene un efecto emocional altamente positivo en las personas que lo reciben. Sin embargo, esta protección, también tiene un beneficio físico, que se manifiesta en el estado de salud y la sensación de bienestar. Durante los momentos de estrés, las personas tienden a experimentar una mayor presión arterial y aumento de las frecuencias cardíacas, pero la presencia de la familia o de amigos, HTA demostrado que reduce sensiblemente, la ansiedad, el temor o el malestar.

En términos de la enfermedad crónica, el apoyo social, disminuye la posibilidad de que el individuo se enferme gravemente o muera. Investigaciones realizadas en la Universidad Brigham Young y la Universidad de Carolina del Norte mostraron que las personas que no contaban con una fuerte red social de contención, tenían 50% más probabilidades de morir de enfermedad que aquellas que tenían ese apoyo. ²

La familia y los amigos, son sustancialmente importantes para aquellos que han sido diagnosticados con patologías cardíacas, cáncer, presión arterial alta y diabetes, porque los ayuda a adherirse a su régimen médico.

La familia y los amigos también pueden proporcionar compañía en las actividades de la vida diaria, como: las compras en el supermercado, asistir a la consulta médica, pasear, compartir actividades recreativas o realizar las tareas de la casa. El estímulo social puede motivar a las personas que han estado enfermas o que padecen una afección crónica, a tomar medidas para ser más activos e insertarse en la vida diaria más rápidamente que aquellos que no tienen un sistema de apoyo seguro. ²

La familia como unidad o sistema, se caracteriza esencialmente, por las interrelaciones establecidas entre sus miembros, en un contexto específico de organización, estructura y funcionalidad. Considerada como un conjunto de

personas relacionadas, en permanente interacción con el exterior, se constituye como un grupo complejo con funciones sociales definidas. ³

Como sistema, es comprendida como un todo, con partes indivisibles, lo que implica una visión global de su estructura y desarrollo, en un contexto mediado por los procesos adaptativos, inherentes a las competencias de auto-organización del sistema familiar.

En tanto unidad social dinámica, la familia es un sistema de interacciones que supera y articula dentro de ella, a los distintos miembros que la componen. Compone una estructura compleja, inserta en un contexto social más amplio, que tiene una historia y crea una historia, en una red de múltiples relaciones, sujeta a presiones internas y externas, que derivan en modificaciones y fluctuaciones para alcanzar el equilibrio.

Mantener la armonía de la familia implica saber realizar ciertos cambios y sostener algunas permanencias. Desde la perspectiva de la salud, esa armonía también incluye un grado mínimo de bienestar que le permita a la familia y a cada uno de sus integrantes un desarrollo favorable. Eso supone el cuidado de sí mismo y el de todos. ³

La enfermedad crónica cambia los papeles y las responsabilidades de los miembros de la familia. Interrumpe la imagen que cada integrante tiene de sí mismo y en algunos casos, incluso de su autoestima, porque obliga a ceder ciertos espacios personales. En patologías graves, se suma el futuro incierto, los resultados impredecibles, provocando angustia, ansiedad y sentimientos de impotencia. ⁴

El modo en que una familia responde a una enfermedad crónica, varía de acuerdo a la edad y a la etapa del proceso del individuo enfermo, a la fortaleza y los mecanismos de afrontamiento de la familia y también, a su realidad particular.

Por otra parte, la persona que está enferma, puede sentirse culpable de las demandas que le hace a la familia o no asumir su problema de salud, las limitaciones, rechazar el tratamiento o no aceptar el apoyo externo ⁵.

La mayoría de las personas habla de hacer frente a los problemas, entendiendo que, por un lado, hay que hacer lo que sea necesario y, por el otro, saber administrar la propia angustia o ansiedad. Sin embargo, hay un tercer tipo de

afrontamiento que también es crítico: el afrontamiento que debe llevar la familia en conjunto, como un sistema único, proveedor de cuidados, lo cual implica cuidar al miembro que tiene un problema de salud, sin descuidar al resto de los integrantes y los vínculos que se mantienen recíprocamente⁶.

Cuando se enfrenta una situación estresante, cada miembro debería atender las necesidades emocionales del otro, con el fin de mantener la integridad de la relación; aunque no siempre es posible encontrar ese sano equilibrio que permite la funcionalidad de la familia.

El cuidado que se basa en la relación intrafamiliar, implica encontrar el equilibrio entre el “yo” y el “otro”, entre el cuidador y el que recibe el cuidado. Las estrategias eficaces incluyen negociación y compromiso, teniendo en cuenta las perspectivas de cada persona, siendo empático y solidario. Pero, un vínculo sobreprotector, en el cual se ocultan los sentimientos o se aceptan los acuerdos para no disentir, por el contrario, afectan negativamente la rutina familiar⁶.

Para la Enfermería todos estos aspectos son relevantes a la hora de planificar los cuidados de la persona que sufre una dolencia, porque el acompañamiento de la familia determinará el grado de ejecución y logro de resultados esperados.

La hipertensión arterial en Uruguay

Desde el siglo pasado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostienen que la evaluación y la gestión de la HA son fundamentales para la prevención y control de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y Accidentes Cerebrovasculares (ACV). Así, en el año 2000, el Consejo Directivo de la OPS solicitó a los países miembros, la aplicación de sistemas de vigilancia, el desarrollo de planes nacionales de prevención y un mayor énfasis en el control de la HA⁷.

En el año 2006, la OPS aprobó su primera estrategia regional y plan de acción para las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, con el control de la HA, como elemento clave de dicha estrategia⁸.

En América Latina (AL), una región con disparidades socioeconómicas significativas y países en diferentes etapas de la transición epidemiológica, la prevención y control de la HA se ha priorizado de manera bastante desigual.

Las ECV representan el 29% de las muertes en el continente, (alrededor de 1,6 millones de personas); 30% de ellos, fallecen antes de los 70 años de edad⁹.

Si bien las ECV, aún en los países de bajos y medianos ingresos, han mostrado un descenso sostenido desde el año 2000, las tasas de mortalidad continúan siendo altas: 56.7% y 20.6%, respectivamente, en comparación con los países de altos ingresos.¹⁰

El perfil de salud de Uruguay presenta una alta prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en particular: enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes (28,1% en 2012¹¹). El peso de la mortalidad por ECNT está condicionado por las características sociodemográficas de nuestro país (envejecimiento poblacional) y la carga de otros factores de riesgo, en especial sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo, HA y diabetes, (PAHO, 2012).¹²

En la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y otras Enfermedades Crónicas No Trasmisibles/ 2006 realizada por el Ministerio de Salud Pública (MS), se cuantificó la prevalencia de la HA, señalando que el 30,4% de las personas, la padecía. En el año 2013, se repitió la Encuesta y se apreció un aumento significativo: 38,7%.

En otro orden, la Encuesta, también mostró que las tasas de sobrepeso y obesidad habían aumentado entre el 2006 y el 2013, pasando de 56,6% al 64,7%, hecho que incide directamente en la HA.¹³

Ante esta realidad, la Sociedad Uruguaya de HA Arterial (SUHA, 2012), subrayó la necesidad del *“fortalecimiento del primer nivel de asistencia donde se asiste el mayor volumen de las enfermedades crónicas, dejando para el nivel hospitalario la atención de los casos más graves y de las consecuencias del no control de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL y las otras enfermedades crónicas.”* Y, agrega, en línea con esta afirmación, que, desde hace años, está en funcionamiento un sistema de tratamiento de enfermedades crónicas, por el cual los pacientes hipertensos reciben farmacoterapia durante tres meses, sin tener que ir al médico para repetir medicación.¹³

En otro sentido, a partir de la Reforma de la salud, se instrumentó la elaboración de las Metas Prestacionales ya señaladas, que consisten en premiar a las instituciones que consigan reducir el número de personas con afecciones o factores de riesgo, bien porque estén curadas o bajo tratamiento.¹⁴

Al año 2012, dichas Metas, no habían sido puestas en prácticas. En la actualidad, según el Informe presentado por el Observatorio de Salud, por un conjunto de imprecisiones no ha tenido éxito, por lo que se sugiere un replanteamiento de la estructura conceptual y otros aspectos referidos al monto de las cápitas que deberían pagarse a las instituciones, así como la instrumentación correcta para el seguimiento.¹⁵

Dichas Metas Prestacionales, incluyen la prevención, tratamiento y seguimiento de la HA, así como otros factores de riesgo de las enfermedades crónica.

Resulta claro que aún se debe mejorar mucho la planificación y ejecución de medidas, realmente efectivas, para poder reducir la HA, por el problema que representa por sí misma y por el potencial daño que implica. Dichas medidas deben contemplar distintos aspectos, entre ellos la vigilancia epidemiológica permanente de los indicadores sanitarios.¹⁵

Uruguay, a través del MS, adscribe al fortalecimiento de las actividades orientadas al cuidado y seguimiento de los factores de riesgo de la HA, desarrollando estrategias de promoción de la salud y sistemas de atención e información cada vez más efectivos.^{16, 17}

Pregunta problema

¿Qué cambios se producen en la rutina familiar a partir del diagnóstico de HA de alguno de sus miembros?

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

■ *Proceso de Salud – Enfermedad*

En el contexto del siglo XXI, la definición de la OMS de la salud como “*Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” ya no es aplicable, dada la necesidad de considerar a la salud como un proceso dinámico y continuo de bienestar y enfermedad, determinado por un conjunto de condiciones sociales que operan en forma positiva o negativa.¹⁸

Asimismo, la mayor crítica a la definición de la OMS, se refiere al carácter absoluto de la palabra “*completo*” en relación con el bienestar, ya que contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad. Así como no hay un estado absoluto de enfermedad (que sería la muerte), no hay un estado perfecto de salud. En todo caso, existe un periodo donde predomina la “*normalidad*” y luego, otro, donde prevalece el malestar. En ese permanente devenir, las condiciones externas tienen un papel decisivo.

También, esta nueva concepción, alude a la percepción que el individuo tiene de sí mismo, distinguiendo el “*estar bien*” de “*sentirse bien*”. El estado psicoemocional es un aspecto relevante de la salud e incluye varios elementos dependiendo de cada persona. No todos los seres humanos tienen las mismas expectativas, deseos o intereses, de manera que el sentido de la felicidad – tan ligado al sentimiento de bienestar – puede adoptar múltiples significaciones.¹⁹

La salud, entonces, es entendida como el estado en que el individuo puede desarrollar todas sus potencialidades, en función de la adaptación al medio. Mientras que la enfermedad, es una disminución de dichas potencialidades.

En ese marco, existen distintos grados de bienestar y malestar, que – a su vez – están estrechamente ligados con el entorno: los determinantes de la salud.²⁰

■ *Enfermería Comunitaria y Familiar*

Enfermería comunitaria o Enfermería de la Comunidad, puede ser descrita, en términos generales, como cualquier cuidado de enfermería proporcionado fuera de un hospital o de centro de salud. Esto incluye la asistencia sanitaria prestada en el hogar, y también, en otros contextos como, por ejemplo, en las escuelas, en una oficina, en un centro de diversión o en una cárcel, entre otros.

Siendo la Enfermería una profesión fundamental dentro de los sistemas de salud, Silvia Cassiani, asesora regional de Enfermería y Técnicos en Salud de la OPS/OMS, destacó que el personal de enfermería es insuficiente, aunque – en la actualidad - conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención. Por lo tanto, señala:

*Debemos hacer más esfuerzos para formar a más profesionales, distribuirlos equitativamente según las necesidades de la población y para retenerlos en sus puestos de trabajo.*²¹

La Enfermería Comunitaria se enfoca en la promoción y atención de la salud de los pueblos, en un proceso de información y educación con vistas a la obtención de logros significativos en el ámbito sanitario. En este proceso, el enfermero actúa sobre las necesidades de salud de los individuos, familias, grupos y comunidad, estableciendo prioridades y estrategias y evaluando los resultados alcanzados, en una relación estrecha con las personas y con los objetivos establecidos.²²

La Enfermería de familia surge dentro de un concepto sistémico, centrándose tanto en el grupo familiar como en el individuo, desde una perspectiva de reciprocidad entre ellos.²³

La familia es considerada una unidad con partes divisibles (miembros), donde cada uno tiene sus propias características personales y su modo de vincularse con los otros que conforman esa entidad.

Siguiendo a Wright y Leahey, el cuidado de la familia:

*puede ser conceptualizado en dos direcciones: en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia, donde aquel es la figura y esta es el fundamento, y en la segunda –que enfoca a ambos, el individuo y la familia–, los sistemas de cuidado familiar pueden ser conceptualizados como enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado.*²⁴

Asimismo, en un contexto social cambiante, con nuevas necesidades de salud, los cuidados ofrecidos en Atención Primaria (AP), como elemento estructurante de las nuevas prácticas de Enfermería, es necesario tener en cuenta tales transformaciones y su impacto en el ámbito sociocultural, económico y político. La Enfermería pretende contribuir interdisciplinariamente, para definir su campo de acción, a partir de un conjunto de conocimientos teórico – prácticos y de la información que aporta la evidencia científica, entendiendo que la familia es el factor básico de toda comunidad.²⁴

La salud familiar, que abarca a todos los profesionales sanitarios que se especializan en esta temática, trata al individuo, pero analizando el rol que desempeña la familia respecto de él. Como señala Horvitz, la salud familiar se ocupa de:

- a) la salud física y mental de cada miembro de la familia y la forma afrontamiento individual y familiar.
- b) la calidad de las relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia.
- c) las características socio-económicas, demográficas y culturales de cada familia, que influyen sobre la enfermedad y el modo de resolución.²⁵

La Enfermería Comunitaria y Familiar recoge la mirada integral que pretende la Reforma sanitaria del siglo XXI, donde el individuo es considerado dentro de un contexto determinado, en primer lugar, la familia, en tanto unidad básica de cuidado y luego, la comunidad.²⁶

Las principales funciones de la Enfermería Familiar, tiene puntos en común con la Enfermería Comunitaria, entendiéndose que es un complemento de esta:

1. *Función integral*: supone que la atención se basa en un enfoque biopsicosocial del individuo, donde el entorno juega un papel destacado. La atención integral comprende la promoción, prevención, asistencia médica, recuperación y rehabilitación de la salud.
2. *Función Educativa*: Participa activamente en el proceso de enseñanza - aprendizaje de los centros de estudio de pre y posgrado. Pero también, de los miembros de la comunidad.
3. *Función Investigativa*: El médico y enfermera de la familia, participan en la investigación científica de forma sistemática, para la construcción de conocimientos que respondan a las necesidades de salud de la población que atienden.
4. *Función gerencial*: refiere a la capacidad de dirigir, de acuerdo con las funciones de su puesto de trabajo y a los recursos humanos y materiales disponibles. Establece relaciones reciprocas con los integrantes del equipo de salud, del Sistema en general y con otros actores de la sociedad.²⁶

Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)

La salud familiar, que abarca a todos los profesionales sanitarios que se especializan en esta temática, trata al individuo, pero analizando el rol que desempeña la familia respecto de él. Como señala Horvitz, la salud familiar se ocupa de:

- a) la salud física y mental de cada miembro de la familia y la forma afrontamiento individual y familiar.
- b) la calidad de las relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia.
- c) las características socio-económicas, demográficas y culturales de cada familia, que influyen sobre la enfermedad y el modo de resolución.²⁵

La Enfermería Comunitaria y Familiar recoge la mirada integral que pretende la Reforma sanitaria del siglo XXI, donde el individuo es considerado dentro de un contexto determinado, en primer lugar, la familia, en tanto unidad básica de cuidado y luego, la comunidad.²⁶

Las principales funciones de la Enfermería Familiar, tiene puntos en común con la Enfermería Comunitaria, entendiéndose que es un complemento de esta:

1. *Función integral*: supone que la atención se basa en un enfoque biopsicosocial del individuo, donde el entorno juega un papel destacado. La atención integral comprende la promoción, prevención, asistencia médica, recuperación y rehabilitación de la salud.
2. *Función Educativa*: Participa activamente en el proceso de enseñanza - aprendizaje de los centros de estudio de pre y posgrado. Pero también, de los miembros de la comunidad.
3. *Función Investigativa*: El médico y enfermera de la familia, participan en la investigación científica de forma sistemática, para la construcción de conocimientos que respondan a las necesidades de salud de la población que atienden.
4. *Función gerencial*: refiere a la capacidad de dirigir, de acuerdo con las funciones de su puesto de trabajo y a los recursos humanos y materiales disponibles. Establece relaciones reciprocas con los integrantes del equipo de salud, del Sistema en general y con otros actores de la sociedad.²⁶

Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)

Las ECNT son patologías multifactoriales que se desarrollan a lo largo de la vida y se mantienen en el tiempo.

Actualmente, son consideradas un serio problema para la Salud Pública y son responsables del 63% de las muertes, a nivel global, según las estimaciones de la OMS.²⁷

En Uruguay, como se mencionó, las ECNT, representan un gran desafío ya que configuran un cambio en el perfil epidemiológico poblacional, impactando seriamente en la salud de las personas afectadas, pero también en las familias y en la sociedad.

Las ECNT son el resultado de factores de distinto origen: sociales, culturales, económicos, ambientales y también, personales, como: el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, la inactividad y los malos hábitos alimentarios.

La OMS tiene el objetivo de promover el desarrollo e implementación de políticas públicas efectivas, integrales, sustentables y basadas en la evidencia, para la prevención y el control de las ECNT y sus factores de riesgo, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de salud. Las estrategias y acciones propuestas están estructuradas en tres ejes:

1. vigilancia, información, evaluación y monitoreo
2. promoción de la salud
3. cuidado integral²⁷

Presión Arterial

La PA es la medición de la presión o la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. El corazón bombea sangre hacia las arterias (vasos sanguíneos), que llevan la sangre a todo el cuerpo.

La PA alta, también llamada Hipertensión, significa que la presión en las arterias está por encima del rango normal. En la mayoría de los casos, se ignora la causa que hace que la PA sea alta.²⁸

El diagnóstico, generalmente, lo realiza el equipo sanitario y debe controlarse con profesionales. En la mayoría de los pacientes, no se detectan síntomas. Sin embargo, algunas personas refieren:

- a) Dolor de cabeza fuerte

- b) Náuseas o vómitos
- c) Confusión
- d) Cambios en la visión
- e) Sangrado nasal.²⁹

Como en cualquier otro fenómeno relativo a la salud, existen factores exógenos que pueden incidir en la HTA:

- Las condiciones afectivas y psicoemocionales de la persona
- El nivel de instrucción
- El lugar de residencia
- La contención familiar
- La situación económica
- La accesibilidad a los centros de salud
- La percepción de los riesgos
- La valoración de la vida, etc.²⁹

Como se ha mencionado, la presión arterial alta es un factor de riesgo decisivo para un conjunto de enfermedades que afectan principalmente, el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones y el cerebro.

Si bien su origen es incierto, existen algunas circunstancias que son desencadenantes y - a la vez - agravan el impacto de la Hipertensión, como el consumo de alcohol, una ingesta poco saludable, el sedentarismo, la obesidad, la diabetes, el tabaquismo, el estrés y el colesterol elevado, entre otras.

Asimismo, el crecimiento poblacional y la prolongación de la expectativa de vida, con las consecuencias previsibles del deterioro biológico, aumentan la prevalencia de la Hipertensión.³⁰

Es de destacar que, en las sociedades occidentales, las personas van multiplicando los malos hábitos alimentarios, lo cual contribuye a la malnutrición, al sobrepeso y a la obesidad; este fenómeno hace que el riesgo de padecer Hipertensión se potencie. La evidencia muestra que en los individuos que tienen un peso por arriba de lo recomendable, el corazón sufre una carga adicional debido a que aumenta el volumen sanguíneo. Asimismo, existe una tendencia mayor a desarrollar problemas respecto de la glucosa y la insulina que se encuentran en el torrente sanguíneo.³¹

La modificación de los hábitos conductuales y alimentarios, con el fin de que dejen de ser un factor de riesgo, supone un conjunto de medidas:

- b) Náuseas o vómitos
- c) Confusión
- d) Cambios en la visión
- e) Sangrado nasal.²⁹

Como en cualquier otro fenómeno relativo a la salud, existen factores exógenos que pueden incidir en la HTA:

- Las condiciones afectivas y psicoemocionales de la persona
- El nivel de instrucción
- El lugar de residencia
- La contención familiar
- La situación económica
- La accesibilidad a los centros de salud
- La percepción de los riesgos
- La valoración de la vida, etc.²⁹

Como se ha mencionado, la presión arterial alta es un factor de riesgo decisivo para un conjunto de enfermedades que afectan principalmente, el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones y el cerebro.

Si bien su origen es incierto, existen algunas circunstancias que son desencadenantes y - a la vez - agravan el impacto de la Hipertensión, como el consumo de alcohol, una ingesta poco saludable, el sedentarismo, la obesidad, la diabetes, el tabaquismo, el estrés y el colesterol elevado, entre otras.

Asimismo, el crecimiento poblacional y la prolongación de la expectativa de vida, con las consecuencias previsibles del deterioro biológico, aumentan la prevalencia de la Hipertensión.³⁰

Es de destacar que, en las sociedades occidentales, las personas van multiplicando los malos hábitos alimentarios, lo cual contribuye a la malnutrición, al sobrepeso y a la obesidad; este fenómeno hace que el riesgo de padecer Hipertensión se potencie. La evidencia muestra que en los individuos que tienen un peso por arriba de lo recomendable, el corazón sufre una carga adicional debido a que aumenta el volumen sanguíneo. Asimismo, existe una tendencia mayor a desarrollar problemas respecto de la glucosa y la insulina que se encuentran en el torrente sanguíneo.³¹

La modificación de los hábitos conductuales y alimentarios, con el fin de que dejen de ser un factor de riesgo, supone un conjunto de medidas:

1. Disminución de la ingestión de sal (NaCl)
2. Dietas con mayor aporte de frutas y vegetales y reducidas en grasas saturadas y grasas totales. Aumento de consumo de lácteos descremados, cereales, y pescado. Uso de aceite de oliva. Reducción del consumo de azúcar.
3. Reducción del peso corporal, en individuos con sobrepeso u obesidad
4. Reducción del consumo de alcohol
5. Desarrollo de actividad física
6. Eliminación del hábito de fumar
7. Realización de actividades recreativas
8. Horas de descanso efectivo³²

La promoción de dietas y estilos de vida saludables para reducir las tasas de ECNT, exige un enfoque multisectorial y, en consecuencia, la participación de distintos estamentos de la sociedad.

Las políticas alimentarias, además de garantizar el acceso al consumo de alimentos de calidad, deben enfocarse en alentar la ingesta adecuada respecto de la cantidad y la calidad, configurando así, una dieta balanceada.

Los progresos económicos a nivel mundial, han contribuido al aumento de la oferta de alimentos, por lo que muchas personas han mejorado su estado nutricional. Sin embargo, el desarrollo cualitativo en la producción, procesamiento, distribución y comercialización, no asegura necesariamente, el consumo saludable. Por el contrario, la mayoría de las personas, come más, pero no mejor.

Por otra parte, las transformaciones sociodemográficas, que han impulsado una gran urbanización y cambios en las modalidades de trabajo, ocio y recreación, han influido en la modificación de los hábitos alimentarios en forma negativa, al consumir productos de alto contenido calórico y escasos nutrientes, cuyo impacto se agudiza al llevar una vida más sedentaria.

La “*transición nutricional*”, es decir, el pasaje de un tipo de alimentación poco industrializada a la abundancia de productos altamente procesados, se caracteriza por un mayor consumo de azúcares y grasas y una menor ingesta de carbohidratos complejos, frutas y verduras, lo que lleva al aumento de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, como la

diabetes, las enfermedades del corazón y la hipertensión.³²

No obstante, al mismo tiempo, los países más pobres siguen padeciendo la falta de alimentos de calidad y de condiciones de vida saludable, con lo cual, también el aspecto nutricional es deficiente.

En respuesta a esta problemática, se promueven cambios en el comportamiento de las personas y las comunidades para prevenir estas circunstancias. En los países donde la escasez no es un problema, se llevan adelante políticas tendientes a reeducar a la población en el consumo inteligente.

En las regiones afectadas por el hambre, se desarrollan estrategias internacionales para contribuir a la producción agropecuaria de las comunidades, de manera que puedan autoabastecerse, complementando la ayuda que llega de otros países.

Sin embargo, el acceso a la nutrición saludable, en cualquier caso, sigue siendo un gran desafío a nivel global.³²

Los países con mejor desarrollo, elaboran muy buenos planes nutricionales, pero su aplicación es bastante limitada. En nuestro país, se ha intentado reducir el consumo de sal, eliminando los saleros en los bares y restaurantes, así como en las escuelas se instrumentó un régimen de Merienda Saludable (Ley 19140), pero las tasas de sobrepeso y obesidad siguen en aumento, así como las enfermedades que de ella se derivan, porque no se ha conseguido crear conciencia sobre este punto (Anzalone, 2015).³³

El informe publicado por la OMS, con fecha 26 de octubre de 2015, señala que la obesidad infantil es de 7,1% en promedio en Latinoamérica, pero en Uruguay la tasa asciende a 10,5%, lo que es considerado muy alto por los profesionales.³⁴

En tal sentido, es necesario recordar que el problema de la obesidad comienza en la gestación. Por lo tanto, cualquier medida que se pretenda implementar debe considerar el comportamiento alimentario desde el momento que la mujer está embarazada. El proceso de la nutrición atraviesa todas las etapas de la vida y cada una de ellas, tiene sus propios requerimientos. Hacia el futuro, la mejor manera de prevenir la ocurrencia de enfermedades crónicas, es comenzar educando a las poblaciones infantiles. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño.³⁴

Al respecto, señala la Dra. Bove, asesora en Nutrición del Ministerio de Salud Pública: *“La OMS habla de la obesidad infantil como una enfermedad crónica, porque las probabilidades que tiene un niño gordito de continuar siendo gordito de adolescente y de adulto, son muy altas”* y agregó, que el período de lactancia es fundamental, como elemento benefactor.

Asimismo, recomendó: “Cuando el niño empieza a comer están generándose todos los hábitos de futuro: los gustos, los sabores; nacemos con un gusto innato por lo dulce. Los alimentos ya tienen de por sí un saborcito medio dulce, así que no agregar azúcar jamás a nada”. La importancia de adoptar hábitos saludables radica en que cada vez hay más niños con hipertensión y otras afecciones derivadas de su estado nutricional deficiente o malo.³⁵

Entre los adultos, también hay un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad, lo cual se relaciona con las cifras significativas de hipertensión. El Prof. Anzalone, señala que:

En nuestro país el consumo de sal sería de 10 gr por persona por día, lo cual duplica las recomendaciones de OMS. Por estas razones el MSP promueve la campaña “Menos Sal Más Vida” y firmó un convenio con el Centro de Industriales Panaderos para reducir progresivamente el sodio en el país.³

Esta medida ha sido ampliamente respaldada por la Comisión de Salud Cardiovascular, la Asociación de Nutricionistas, la Sociedad de Cardiología, la Sociedad de Pediatría, CAMBADU, la Cámara empresarial de los comercios alimentarios y otros actores sociales relevantes.³⁵

No obstante, para producir un cambio efectivo en los hábitos se requieren mensajes y acciones claras y sostenidas por parte del Estado, por medio de normas, controles, sanciones, información, educación y especialmente, por el involucramiento de la comunidad a favor de la promoción de la salud (Anzalone, 2015)³³

Atención centrada en la persona

El tratamiento y el cuidado de la HTA, deben considerar las necesidades y preferencias de las personas. Las personas con HTA, tienen derecho a tomar decisiones informadas, sobre su cuidado y tratamiento, en asociación con los profesionales de la salud de su confianza. Si las personas no tienen la capacidad de tomar decisiones, los profesionales deben incluir a las familias o a las instituciones referentes.³⁶

Una buena comunicación entre el equipo de salud y las personas con HTA, es

esencial. Tal comunicación, debe apoyarse en una exhaustiva información basada en la evidencia y adaptada a las necesidades de cada individuo. El tratamiento y la atención, y la información que se brinda acerca de ella, debe ser culturalmente apropiada. También debe ser accesible a quienes tienen necesidades adicionales, como: discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje; incluso, se debe considerar las barreras idiomáticas, en el caso de los inmigrantes.

Si la persona lo requiere, las familias y los cuidadores deben tener la oportunidad de participar en las decisiones sobre el tratamiento y la atención. Y deben recibir la información y el apoyo que necesitan, para una clara comprensión.³⁷

Educación del paciente y adherencia al tratamiento

El equipo de salud debe proveer orientación y materiales apropiados sobre los beneficios de los medicamentos y los efectos secundarios no deseados, con el fin de ayudar a las personas y a sus familias, a tomar decisiones informadas.

Promover los controles periódicos y una revisión integral anual, para monitorear la presión arterial, proporcionar apoyo a las personas y discutir su estilo de vida, síntomas y medicamentos, es parte de la planificación del tratamiento.

Debido a que las intervenciones para aumentar la adherencia no son concluyentes y pueden producir el efecto contrario, sólo deberían realizarse para superar problemas prácticos si se identifica una necesidad específica. Por lo tanto, la intervención se debe orientar hacia la satisfacción de la necesidad detectada (por ejemplo, ajuste en la dieta, en las dosis de medicación, falta de apoyo, poca actividad física).³⁶

El sistema de salud, la comunidad y la familia en los que está inmerso el paciente con hipertensión, debe contribuir al desarrollo de actitudes positivas y saludables, compartiendo información, ofreciendo apoyo o bien, acompañando ciertas actividades o cambios en la rutina, relacionados con la dieta, los ejercicios físicos, el descanso y la adherencia al tratamiento farmacológico. Especialmente, la familia, puede desempeñar un rol efectivo en la contención y ayuda, alentando a la persona afectada al afrontamiento de la enfermedad y a la adaptación de su vida.³⁶

El afrontamiento de la enfermedad crónica, incluye recursos de distinta

naturaleza:

- Afectivos
- Educativos
- Sociales
- Culturales
- Económicos
- Laborales
- Sanitarios²⁰

En el estudio realizado, el propósito principal fue conocer qué tipo de cambios han experimentado las familias que tienen uno de sus integrantes con hipertensión arterial, referidos exclusivamente al trabajo, los gastos y la actividad física.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer los cambios que realizan en su vida cotidiana, las familias que concurren a la Policlínica IM (zona oeste Montevideo) (Uruguay), que tienen un integrante con hipertensión arterial, conviviendo en el hogar.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a las familias que tienen un integrante con HTA
- Describir los cambios que se producen en los hábitos alimentarios y en la actividad física, así como el plano económico y laboral, de las familias que tienen un integrante con HTA.

MÉTODOS

Área de Estudio: Hipertensión arterial y familias, en el primer nivel de atención.

Tipo de Estudio: cuantitativo, descriptivo, transversal

Lugar de Estudio: La Policlínica, se encuentra en Montevideo, zona Oeste. Sin embargo, su área de influencia abarca una zona mayor, que incluye: Belvedere, La Teja, Prado y Capurro.

Población: La población estuvo conformada por toda persona que concurrieron en todo el servicio a la Policlínica zona oeste de la intendencia de Montevideo (IM), en la semana del 21 al 24 de agosto de 2017, en el horario matutino y tarde.

Muestra: la muestra estuvo integrada por las personas que aceptaban firmar el consentimiento para formar parte del estudio

- Ser mayor de edad
- Expresar conformidad para participar en el estudio
- Pertenencia a un grupo familiar donde, al menos, hubiera un integrante con hipertensión arterial.

Fuentes de datos: Primaria

Procedimientos para la recolección de información: el trabajo de campo se inició con la solicitud de autorización a la Intendencia de Montevideo, para la realización del estudio. Una vez que fue asignada la Policlínica, se coordinó con las autoridades de la misma, los días y horarios de recolección de datos. Se asistió a distintos Servicios de la Policlínica, con el fin de captar posibles participantes: Ginecología, Odontología, Medicina General, Pediatría, Psicología, Nutrición y Clínica Cesación de Tabaquismo. En tal sentido, cabe destacar la buena disposición de las autoridades de la Policlínica, quienes amablemente, nos cedieron un consultorio para entrevistar a los participantes.

Periodo de recolección de datos: 21 al 24 de agosto de 2017.

Instrumento: se aplicó un cuestionario elaborado por el grupo investigador. Previamente, se realizó una prueba piloto que permitió confirmar que las preguntas incluidas en el instrumento, permitían obtener la información esperada. (Ver Anexo 1)

Variables de Estudio:

- Variables biosociodemográficas edad, sexo, vínculo con la persona con HTA, número de convivientes, actividad laboral, otros ingresos.
- Variables relativas a los cambios familiares, cuando uno de sus miembros sufre HTA: hábitos alimentarios, actividad física, gastos, actividad laboral.

Matriz de Operacionalización de las Variables de Estudio

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	INDICADOR	TECNICA E INSTRUMENTO
Sexo	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	ENTREVISTA DIRECTA/ APLICACIÓN CUESTIONARIO
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Cuantitativo discreta	Número de Años, por clase	
Vínculo con la persona c/HA	Relación que une al entrevistado con la persona que sufre HA	Cualitativa Nominal Politómica	Hijo/a, esposo/a, hermano/a, nieto/a, amigo/a, otros	
Nº de Convivientes	Personas que conviven en el mismo hogar	Cuantitativa discreta	1, 2 a 3, 4 a 5, más de 6	
Actividad laboral	Situación en la cual una persona realiza un trabajo remunerado	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI Trabaja No trabaja	
Otros Ingresos	Partidas de dinero por distintos conceptos: jubilación/pensión, plan social, ayuda de terceros.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Jubilación/pensión, plan social, ayuda de terceros	

Variables relativas a la alimentación, a la actividad física, a los gastos y a la actividad laboral

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	DIMENSIONES	INDICADOR
Cambios en la vida familiar	Modificaciones que ocurren dentro del grupo familiar, cuando – al menos- uno de sus miembros sufre HTA	Cualitativa Nominal Politómica	- Aumento del gasto familiar - Reducción de la actividad laboral - Adopción dieta saludable - Reducción del sedentarismo	Sí No
TÉCNICA E INSTRUMENTO: Entrevista Directa/ Aplicación Cuestionario				

Consideraciones Éticas

Para la realización de trabajo de campo, luego de ser aprobado el Protocolo, se solicitó la autorización a la Intendencia de Montevideo y posteriormente, se mantuvo una reunión con los responsables de la Policlínica de zona oeste, para coordinar la recolección de datos

Consentimiento Informado

De acuerdo a lo dispuesto en el Decreto de Ley N° 379/008 (Uruguay, 2008), a las personas que participaron en la encuesta, se les informó el alcance del estudio, así como el carácter libre y voluntario de su participación, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos, los cuales sólo son utilizados con fines estadísticos, sin necesidad de registrar su identidad. (Ver Anexo 2)

RESULTADOS

La población que concurrió a la Policlínica, en los días y horarios en que los estudiantes realizaron el trabajo de campo (21 al 24 de agosto de 2017), estaba constituida por 30 personas (N=30) que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos.

Sexo

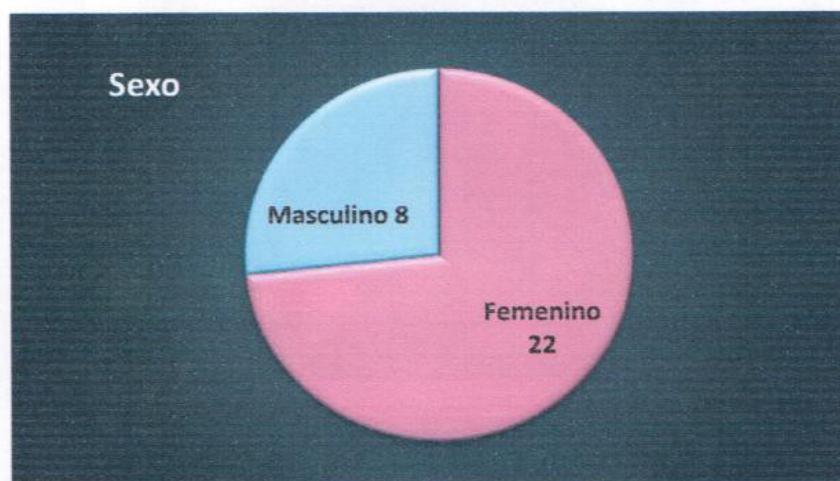
La mayoría de las personas entrevistadas eran mujeres (73%). Si bien no es objetivo de este estudio el análisis individual de las variables, ya que no es de tipo relacional sino descriptivo, interpretamos que la superioridad numérica en favor del sexo femenino, respecto de la concurrencia a la Policlínica, confirma lo que otras investigaciones sostienen: que la mujer utiliza más que los hombres los servicios de salud.³⁸

Tabla 1. Distribución de la muestra de acuerdo al Sexo

SEXO	FA	FR %
Femenino	22	73
Masculino	8	27
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Grafico 1. Distribución de la muestra de acuerdo al Sexo



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Edad

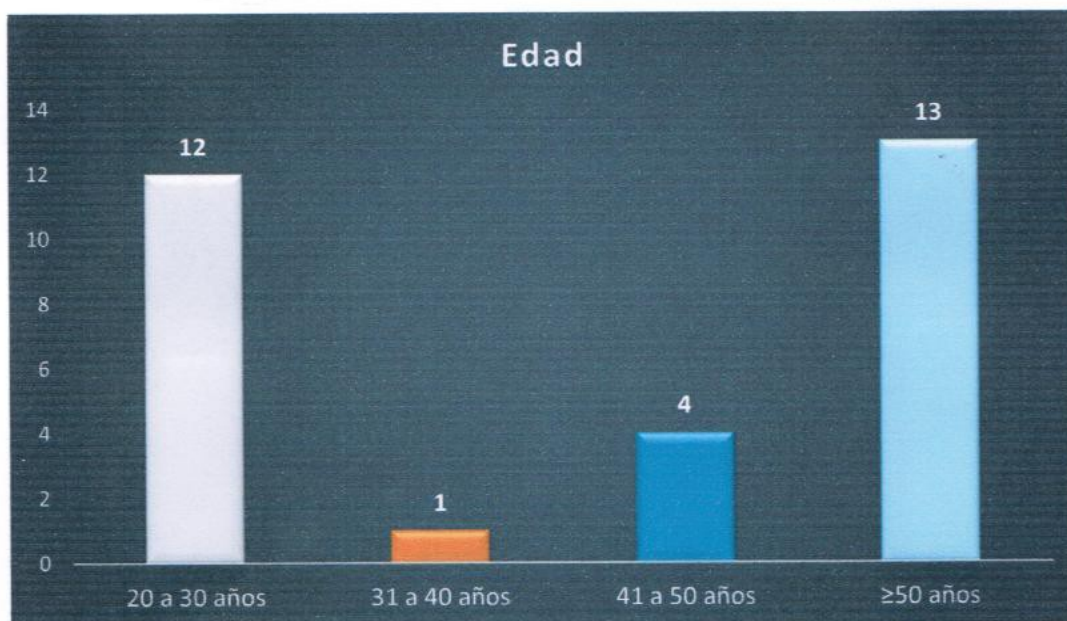
Respecto de la edad, 57% eran mayores de 41 años, 43% estaban por debajo de esa edad, aunque la mayoría de ellos se concentraba entre los 20 y 30 años. Esta distribución nos muestra cierta polarización en torno a quienes más demandan la atención sanitaria, aunque la provisoriedad de los datos no nos permiten afirmarlo categóricamente.

Tabla 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la Edad

EDAD	FA	FR %
20 a 30 años	12	40
31 a 40 años	1	3
41 a 50 años	4	13
≥ 50 años	13	44
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 2. Distribución de la muestra de acuerdo a la Edad



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Vínculo Parental

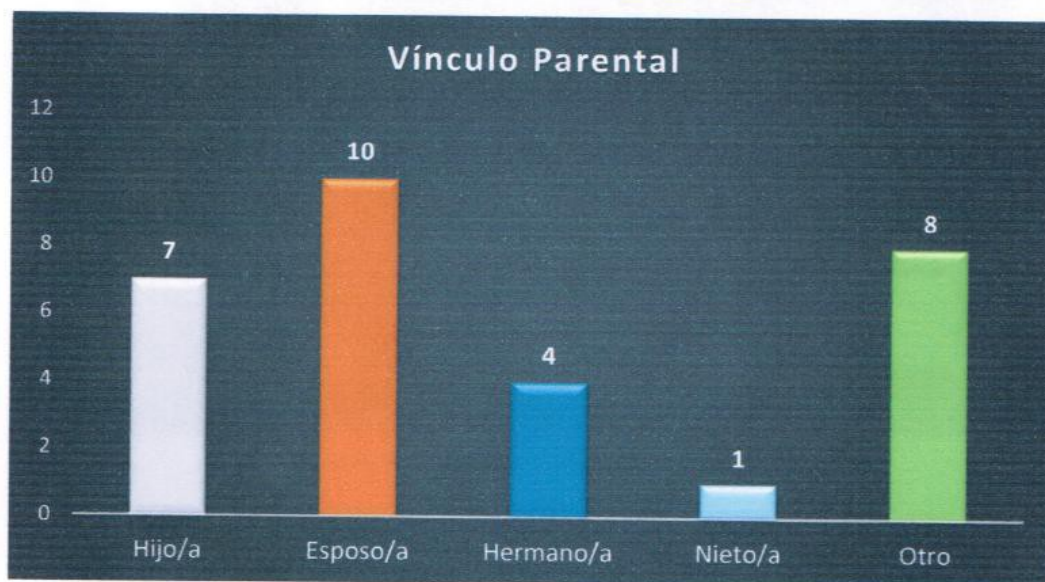
Sobre el vínculo parental de las personas entrevistadas con el familiar hipertenso, 33% eran esposas/os, 27% manifestaron ser nueras, sobrinos o suegro, 23% eran hijos/as y 16% eran hermanos/as o nietos/as. Como se aprecia, la mayoría de los familiares consultados, tenían un vínculo directo con la persona afectada por la HTA.

Tabla 3. Distribución de acuerdo al Vínculo Parental con la persona c/HTA

VÍNCULO PARENTAL	FA	FR%
Hijo/a	7	23
Esposo/a	10	33
Hermano/a	4	13
Nieto/a	1	3
Otros	8	27
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 3. Distribución de la muestra de acuerdo al Vínculo Parental con la persona c/HTA



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Integrantes de la Familia

Cuando se consultó cuántas personas integraban la familia, la mayoría respondió que convivían con 2 o 3 personas (47%), el 40% convivía con más de 4 personas. Es de suponer que cuando el grupo familiar cuenta con menos integrantes es más fácil conseguir la adherencia al tratamiento de la HTA.

Tabla 4. Distribución de la muestra de acuerdo al número de integrantes de la familia

CONVIVIENTES	FA	FR%
1	4	13
2 a 3	14	47
4 a 5	8	27
+ de 5	4	13
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 4. Distribución de la muestra de acuerdo al número de Integrantes de la familia



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Respecto de la actividad laboral y los ingresos, 50% expresó que trabaja y 50%, que no lo hacían, pero tenían otros ingresos. Al preguntar por el tipo de ingresos, respondieron: 33% son jubilados, 10% recibe ayuda de terceros y 7% tiene cobertura social.

Tabla 5. Distribución de la muestra de acuerdo a la Actividad Laboral

ACTIVIDA LABORAL	FA	FR%
Sí trabaja	15	50
No trabaja	15	50
TOTAL	30	100

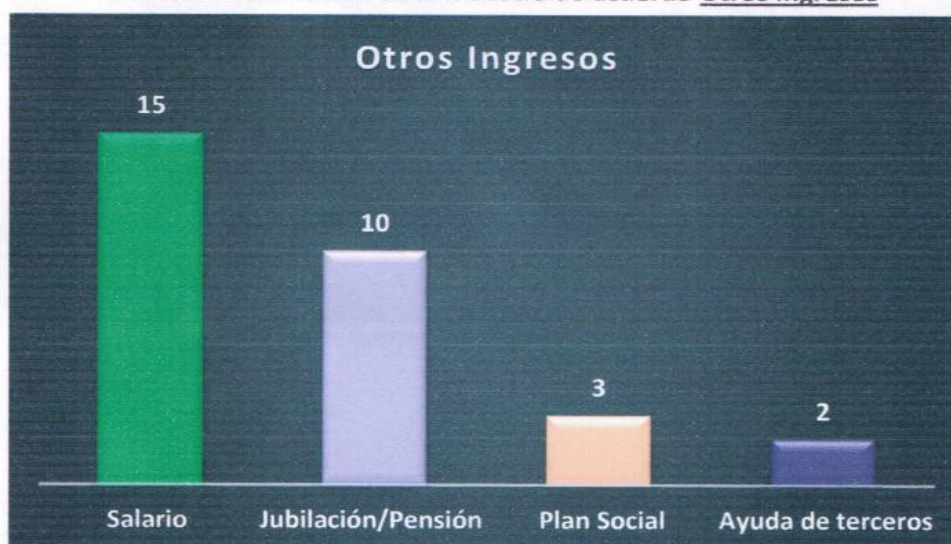
Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Tabla 6. Distribución de la muestra de acuerdo Otros Ingresos

OTROS INGRESOS	FA	FR%
Salario	15	50
Jubilación/Pensión	10	33
Plan Social	3	7
Ayuda de terceros	2	10
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 6. Distribución de la muestra de acuerdo Otros Ingresos



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

A continuación, se presenta la cuantificación de los cambios ocurridos en las familias, según lo expresado por los participantes del estudio.

Frente a la hipertensión de uno de los miembros, el gasto familiar se vio acrecentado, según lo que manifestó el 60% de los entrevistados. Este resultado coincide con los datos recabados en la revisión bibliográfica, siendo un aspecto común frente a las enfermedades crónicas.

Tabla 7. Distribución de la muestra de acuerdo a Aumento del Gasto Familiar

AUMENTO del GASTO FAMILIAR	FA	FR%
SI	18	60
NO	12	40
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 7. Distribución de la muestra de acuerdo a Aumento del Gasto Familiar



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

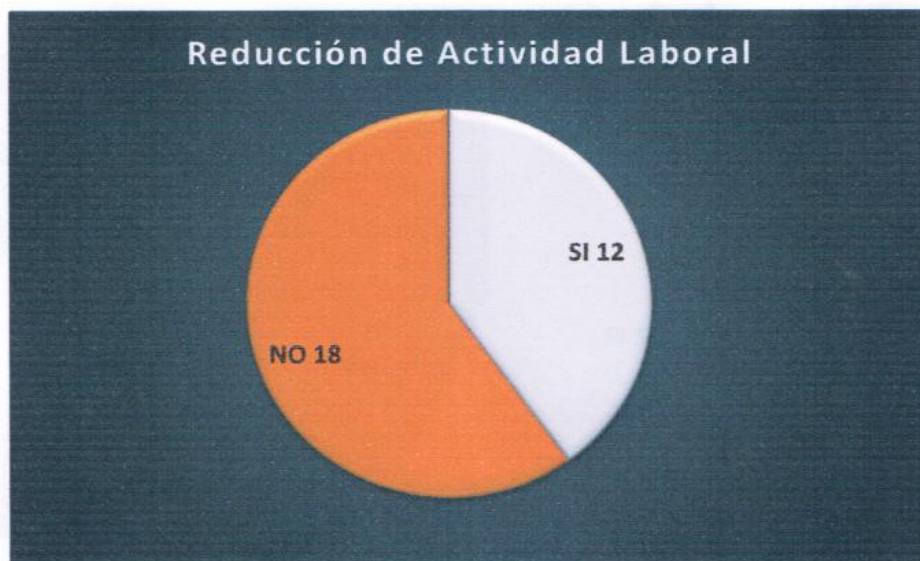
También, el 40% de las personas expresó que tuvo que reducir su actividad laboral para atender al familiar con hipertensión. Esta realidad, se relaciona con el tipo de complicaciones que puedan derivar de la HTA. Algunas personas, han padecido ACV u otras patologías que son más invalidantes y requieren mayores cuidados.

Tabla 8. Distribución de la muestra de acuerdo a Reducción de la Actividad Laboral

REDUCCIÓN ACTIVIDAD LABORAL	FA	FR%
SI	12	40
NO	18	60
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 8. Distribución de la muestra de acuerdo a Reducción de la Actividad Laboral



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

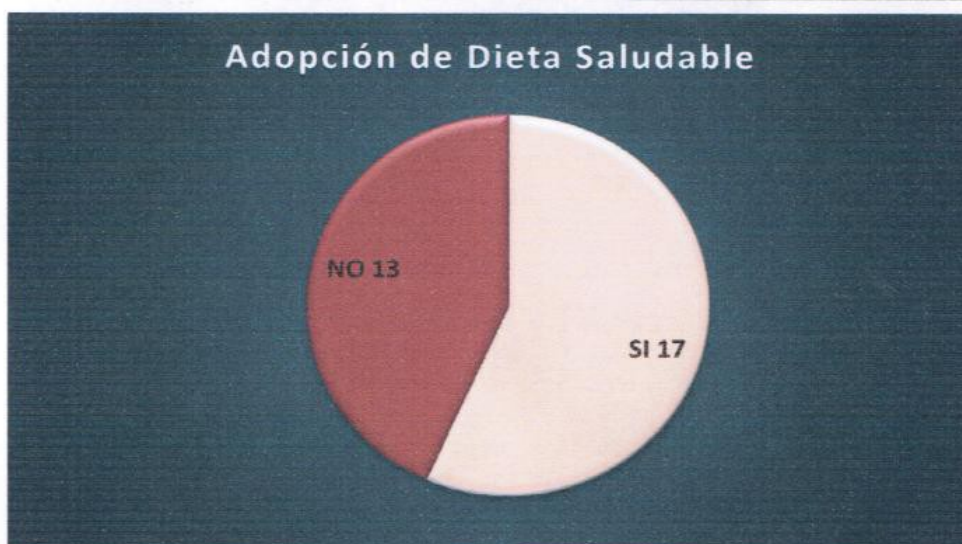
La mayoría de las familias (57%), a partir del diagnóstico de hipertensión de uno de sus miembros, cambió sus hábitos alimentarios para llevar un estilo de vida más saludable. En tal sentido, la transformación que debe hacer la persona que padece HTA, suele modificar también las costumbres de las familias, por otra parte, suponemos que, por una cuestión de economía, se opta por adherir a una única dieta.

Tabla 9. Distribución de la muestra de acuerdo a Adopción de Dieta Saludable

ADOPCIÓN DIETA SALUDABLE	FA	FR%
SI	17	57
NO	13	43
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 9. Distribución de la muestra de acuerdo a Adopción de Dieta Saludable



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Solo el 27% de las familias redujo el sedentarismo, la mayoría no presenta cambios en este sentido. La baja propensión a la actividad física es una característica de la sociedad uruguaya, ya que más del 55% es sedentaria. Entre los mayores de 50 años, sólo en 37% realiza alguna actividad.¹³

Tabla 10. Distribución de la muestra de acuerdo a Reducción del Sedentarismo

REDUCCIÓN DEL SEDENTARISMO	FA	FR%
SI	8	27
NO	22	73
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Gráfico 10. Distribución de la muestra de acuerdo a Reducción del Sedentarismo



Fuente: Instrumento Recolección de Datos

Análisis de los resultados

En suma, la enfermedad crónica es un estado de salud alterado que no se cura con una intervención quirúrgica o con un tratamiento médico de corta duración. Lo que hace que una condición crónica y sus potenciales consecuencias, representen un riesgo para la salud, no sólo es su naturaleza, sino también, tener que soportarla por largo tiempo y por lo mismo, obligarse al cumplimiento de un tratamiento estricto.³⁹

A medida que la persona asume su situación, se vuelve más dependiente del apoyo material y emocional de su familia y de los servicios de salud, para poder insertarse de la mejor manera posible a la vida social. En consecuencia, los miembros de la familia tienen que aprender nuevas habilidades para proporcionar cuidados al paciente, pero también se ven obligados a ajustar sus actividades, los roles, las emociones y la rutina. Además, es comprensible que las circunstancias exijan perseverancia de todo el núcleo familiar, ante un proceso que es continuo y prolongado.⁴⁰

En el estudio realizado, se pudo apreciar que las familias que tenían un integrante con hipertensión arterial, de acuerdo a lo manifestado por los participantes, realizaron algunos cambios respecto de su vida diaria. Específicamente, las áreas consultadas muestran distintos grados de adaptación al tratamiento que debe seguir la persona afectada, lo cual habla de la actitud de la familia para acompañar el tratamiento de la persona que sufre HTA.

El aspecto más notorio, fue la adopción de una dieta más saludable, por parte del 57% de las familias, según lo manifestado por los entrevistados. La actividad laboral se redujo en el 40% de los casos, mientras la actividad física presentó un nivel de adhesión menor: 27%. El presupuesto familiar se vio incrementado en el 60% de las familias, aunque no se precisó qué rubro era el más afectado (alimentos, medicación, gastos médicos, servicio de acompañante, etc.).

La caracterización de los sujetos de estudio, de acuerdo a determinadas variables sociodemográficas, nos permitió conocer que el 57% eran mayores de 41 años y el 40% tenía entre 20 y 30 años. El 73% eran mujeres y el 73% manifestaron ser familiares directos de la persona con hipertensión: esposos/as, hijos/as, hermanos/as o nietos/as, respectivamente. El 60% convivía 3 o menos de 3 personas y el 40%, con más de 4 integrantes.

Estos resultados dan respuesta a los objetivos que nos planteamos inicialmente,

acerca de conocer si las familias que tienen un integrante con HTA, han realizado cambios en su vida diaria, específicamente en la dieta, en la actividad física, así como en el gasto familiar y en el trabajo.

Ante la pregunta: *¿La familia HTA adoptado una dieta saludable, a consecuencia de la HTA de alguno de sus miembros?* Las respuestas fueron Si: 57 %, No: 43 %

Podría interpretarse que las modificaciones de los hábitos alimentarios se inscriben dentro de la estrategia que se está llevando adelante por parte de la Asamblea Mundial de la Salud (2013) y OMS y la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO, 2014), con el fin de que los países miembros, promuevan una dieta balanceada y “*saludable para todas las etapas de la vida*”. Las encuestas sobre factores de riesgo de las ECNT, señalan que las personas consumen más frutas y verduras, con lo cual es posible suponer que hay mayor conciencia sobre la necesidad de adoptar y mantener hábitos alimentarios sanos.¹²

Cuando se consultó si *¿La familia realiza actividades físicas con regularidad, para reducir el sedentarismo, al tener un miembro con HTA?* Las respuestas fueron: Si: 27 %, No: 73 %

La actividad física, en general, parece ser insuficiente, tal como lo muestran las encuestas referidas. Y se confirma a través del estudio "Hábitos deportivos y actividad física", realizado por la Secretaría Nacional de Deporte, concluye en que el 55% de la población no realiza actividades deportivas, principalmente, por “falta de tiempo” y “cansancio por trabajo”. Los resultados del presente estudio, coinciden en el bajo nivel de realización de actividades físicas, aunque desconocemos los motivos.⁴¹

Acerca de las preguntas *¿El presupuesto familiar se ha visto aumentado al tener un miembro con HTA?* Cuyas respuestas fueron: Si: 60 %, No: 40 % y si: *¿Se ha reducido la actividad laboral de algún integrante de la familia, al tener un miembro con HTA?* Respondiendo: Si: 40%, No: 60%, consideramos que ambas situaciones se relacionan directamente.

El aumento del presupuesto familiar puede vincularse, por un lado, con la reducción de la actividad laboral y, por el otro, con el incremento en los gastos médicos y de ciertos alimentos básicos para la dieta antihipertensiva. En este

sentido, cabe destacar, que la mitad de los hogares que tienen un integrante con HTA, reciben un salario, mientras, la otra mitad, contaba con otro tipo de ingresos (jubilación, pensión, plan social, ayuda de terceros, etc.), lo que nos hace suponer que cualquier desajuste económico, representa un cambio significativo.

Aunque del estudio no surge con claridad, por qué razón se vió incrementado el gasto familiar – de acuerdo a Caro Dougnac – en términos generales, frente a las enfermedades crónicas, siempre hay un impacto económico en el presupuesto de la persona afectada y de su familia. Como ejemplo, cita un estudio realizado en Estados Unidos (Suhrcke, Stuckler y Rocco, 2006), donde se pudo apreciar que los hombres que padecen ECNT reducen sus horas trabajadas en 6,1% y las mujeres en un 3,9%. Otra investigación de la Universidad de Harvard y del Foro Económico Mundial, señala que distintos estudios han comprobado que un individuo que padece de diabetes puede perder hasta 8% de sus horas de trabajo en países de ingresos bajos y medios y 2%, en países de más altos ingresos.⁴²

En la revisión bibliográfica realizada, no se encontraron estudios nacionales que abordaran el tema desde la perspectiva de la Enfermería, con lo cual nos resulta imposible analizar comparativamente nuestros resultados con otros referentes. No obstante, entendemos que esta situación, en vez de ser una limitación, ofrece la oportunidad de que los hallazgos de esta investigación sean un punto de partida para futuros proyectos.

Si bien es un estudio no probabilístico, lo que impide generalizar los resultados, aporta información relevante sobre un problema creciente en nuestra población, que se ha instalado en la agenda pública, principalmente, del sector sanitario, con mucha preocupación, tal como lo ha expresado la OMS, las autoridades del Ministerio de Salud y de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, entre otros.

En tal sentido, es necesario que los profesionales de la salud, ayuden a las personas que sufren hipertensión y a sus familias, a encontrar soluciones posibles a las situaciones que forman parte de la vida diaria, para poder controlar esta afección y, en el mejor de los casos, poder prevenirla.

Conclusiones

El estudio presentado en este informe, logró alcanzar los objetivos propuestos al inicio del mismo. Concretamente, se pudo conocer qué cambios realizaron las familias y su nivel de realización. De manera complementaria, se pudo caracterizar a los sujetos que integraron la muestra, de acuerdo a un conjunto de variables de tipo sociodemográficas. Sin embargo, a criterio de los autores, lo más importante fue transitar por la experiencia de la investigación, alcanzar cierto grado de conocimiento y plantearnos una profunda reflexión acerca de lo que puede hacer la Enfermería, frente a los factores de riesgo de las patologías prevalentes en Uruguay, puntualmente, la hipertensión arterial, entre las más destacadas.

Como se ha dicho, la HTA afecta a un número creciente de personas, a nivel global y en particular, en nuestro país. Pero, además, esta condición se observa a edades cada vez más tempranas, lo cual empeora su pronóstico.

Los países en desarrollo carecen de una red de apoyo formal eficiente y la familia termina siendo la responsable de ayudar a los integrantes que tienen problemas de salud, para satisfacer necesidades específicas que surgen en el plano material y/o emocional. El ambiente familiar, en tal sentido, se constituye en el pilar más importante del soporte social. Por eso, independientemente del funcionamiento y de la estructura familiar (número de miembros, roles definidos entre los miembros), se hace importante subrayar que lo fundamental es la calidad del apoyo ofrecido, para el efectivo cumplimiento del tratamiento.⁴³ Además, la familia y la comunidad, tienen un rol importante en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

En consecuencia, el personal sanitario debe informar y educar de manera clara y concisa, no solo para que las personas sepan la importancia de adoptar estilos de vida de saludable, sino para que también, los individuos con hipertensión y sus familias, se sientan apoyados, en los momentos en que la cronicidad de la afección vuelve tedioso el tratamiento.

Los trastornos crónicos tienen una vinculación directa con el modo de vida de la persona, de la familia y del entorno próximo. La intersubjetividad y la interacción, son elementos clave en el cuidado y cada uno lo vive de distinta manera, componiendo un único modo de sobrellevar la enfermedad que puede ser más o

menos armónico.⁴⁴

Collière (2009), dice:

“Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales: Cuidar es una situación antropológica, es decir que afecta al hombre dentro de su medio, tejido con todo tipo de relaciones simbólicas.”⁴⁴

Cuidar y cuidarse, por lo tanto, es mucho más que contribuir a la satisfacción de las necesidades, es “ayudar a vivir” y ese tipo de cuidados, es realmente efectivo dentro de las relaciones humanas, por eso es una responsabilidad recíproca.

Asimismo, el proceso de salud enfermedad, no es hecho individual, sino que abarca dimensiones personales y del entorno. Tales dimensiones son, básicamente, las sociales, culturales y políticas. Es decir, mantener la vida, cuidarla, involucra el compromiso de cada individuo, de la familia y de la comunidad.

Recomendaciones

En primer lugar, entendemos – como lo mencionamos antes – que sería oportuno profundizar en estudios desde la perspectiva de la Salud Familiar, siguiendo las directivas de la OMS, respecto de la necesidad de incluir a las familias y a la comunidad en la adopción de estilos de vida saludable, ya sea en su diseño como en su implementación.

Por otra parte, siguiendo a Frías Osuna⁴⁵, para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial, en términos generales, consideramos importante que el colectivo enfermero, realice algunas actividades básicas, en forma sistemática. Los cuidados que ofrece Enfermería, deben centrarse en la familia, considerando que la salud de cada integrante, depende en gran parte de las relaciones que se producen en su ámbito.

A continuación, presentamos una síntesis de ellas:

1. Es importante abordar y profundizar la noción de “*red social*”, por medio de intervenciones que permitan conocer los posibles actores que la integran: familias, barrio, escuela, instituciones sociales, etc.
2. Detectar los grupos de riesgo presentes en las comunidades.

3. Caracterizar a los grupos de riesgo, destacando las fortalezas y debilidades.
4. Reconocer y organizar las redes sociales de apoyo de los grupos de riesgo.
5. Desarrollar actividades informativas y educativas acerca de la hipertensión, con la participación de las redes sociales.
6. Evaluar y monitorear a las personas que padecen hipertensión.
7. El personal de Enfermería debe mantenerse en permanente capacitación, especialmente en el área de la Enfermería Comunitaria y Familiar.
8. Profundizar las investigaciones sobre la hipertensión, de manera interdisciplinaria.⁴⁵

Referencias Bibliográficas

1. Ortego Maté MC, López González S, Álvarez Trigueros ML. El apoyo social. [Internet]. Disponible en:
https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf
[consulta: 20 ago 2017].
2. Blue L. Recipe for Longevity: no Smoking, lots of friends. [Internet]. 2010. Disponible en:
<http://content.time.com/time/health/article/0,8599,2006938,00.html> [consulta: 22 ago 2017].
3. Minuchin S, Fishman H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 2007.
4. Andolfi M. Terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1979.
5. Achury DM, Castaño Riaño HM, Gómez Rubiano LA, Guevara Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. [Internet] 2011; 13 (1): 27-46. Disponible en:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/1632/1053>
[consulta: 20 ago 2017].
6. Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. México: Manual Moderno. 2012.
7. Organización Panamericana de la Salud, 42o Consejo Directivo. 52a Sesión del Comité Regional. Enfermedades Cardiovasculares, especialmente la Hipertensión. [internet], Washington, DC. 25 hasta 29 set 2000. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21177/ce126_fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 3 set 2017].
8. Organización Panamericana de la Salud. 47o Consejo Directivo. 58a Sesión del Comité Regional. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado para la prevención y control de enfermedades crónicas, como la dieta, la actividad física y la salud. [internet], Washington, DC. 25 hasta 29 set 2006. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-17rv-s.pdf> [consulta: 3 set 2017].

9. Organización Panamericana de la Salud. Las muertes debidas a Enfermedades No Transmisibles en los países de las Américas - La mortalidad regional de la base de datos del 2013. [internet], Disponible en:

<http://www.prb.org/pdf13/ncds-lac-datasheet-sp.pdf> [consulta: 3 set 2017]

10. Marinho de Souza et al. Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities. Heart 2012; 98:1207–12. Organización Panamericana de la Salud, Indicadores Básicos 2013 – Uruguay, citado en: Salud Global y enfermedad cardiovascular, por Nascimento, Bruno R; Brant, Luisa CC; Moraes, Diego N; Ribeiro, Antonio L P Salud Global y enfermedad cardiovascular. Revista Uruguay de Cardiología, vol. 30, núm. 1, abril, 2015, pp. 99-108 Sociedad Uruguaya de Cardiología Montevideo, Uruguay.

Gawryszewski Pinheiro V, Marinho MF de. Mortality due to cardiovascular diseases in the Americas by region, 2000-2009 Sao Paulo Med. J. vol.132 no.2 São Paulo 2014.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479747283016>

[consulta: 8 set 2017].

11. Paredes, M., Ciarniello, M. Brunet, C., Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. [Internet]. Uruguay: Editorial: Lucida Ediciones. Primera edición: setiembre de 2010. Disponible en:

http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/874_pdf.pdf

[consulta: 8 set 2017].

12. Uno de cada dos adultos uruguayos padece de hipertensión. El País [Internet] 2016 mayo 18. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/tres-uruguayos-padece-hipertension.html>

[consulta: 8 set 2017].

13. Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. Mensaje de la Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial (SUHA) 17 de mayo día Mundial de la Hipertensión Arterial. [Internet]. 2012. Disponible en:

http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/suha_dmhta2012.pdf[consulta: 11 set

2017].

14. Ministerios de Salud Pública. Metas asistenciales. [Internet]. Boletín n° 31, agosto de 2013, JUNASA. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Metas - Boletin 31.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Metas_-_Boletin_31.pdf) [consulta: 13 set 2017].

15. Observatorio de Salud, Pago por cumplimiento de metas ¿una herramienta potente mal utilizada? [internet], Disponible en: <https://es.scribd.com/document/135375872/Pago-Por-Cumplimiento-de-Metas> [consulta: 13 set 2017].

16. Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> [consulta: 18 set 2017].

17. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=950:opsoms-pide-dar-mas-atencion-al-control-de-la-hipertension&Itemid=340 [consulta: 18 set 2017].

18. Franco S. Proceso vital humano, proceso salud enfermedad: una nueva perspectiva. [Internet]. 1993. Disponible en: <http://parquedelavida.co/index.php/el-parque/banco-de-conocimiento/item/130-proceso-vital-humano-proceso-salud-enfermedad-una-nueva-perspectiva-saul-franco-medellin-1993> [consulta: 21 set 2017].

19. Nava Galán MG. La calidad de vida: análisis multidimensional. Enf Neurol [Internet] 2012; 11(3): 129-37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf> [consulta: 21 set 2017].

20. Delgado Rodríguez M, Llorca Díaz J. Concepto de salud, el continuo salud enfermedad, historia natural de la enfermedad, determinantes de la salud. En:

Hernández Aguado I, Gil A,

Delgado M, Bolumar F, Benavides FG, Porta Serra M, et al. Manual de Epidemiología y Salud Pública. Madrid: Médica Panamericana; 2005.

21. Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2015.

Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es

[consulta: 21 set 2017].

22. García Suso, Vera Cortés ML, Campo Osaba MA. Enfermería comunitaria: bases conceptuales. Madrid: DAE; 2001.

23. Pérez Giraldo B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI.

Aquichán [Internet] 2002; 2(1): 24-6. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100005

[consulta: 23 set 2017].

24. Mazarrasa Alvear, L., et al. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2da. Edición, vol. I. España: McGraw-Hill - Interamericana de España, S. A. U.2004.

25. Bernstein M. Psicología de la vida cotidiana en el grupo familiar. Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Licenciatura en Trabajo Social - Materia: Teoría y Metodología del Trabajo Social III [internet]. 11.05.2014. Disponible en:

<http://www.teoriaymetodologiats.ecaths.com/ver-trabajos-practicos/33861/berstein-psicologia-de-la-vida-cotidiana-en-el-grupo-familiar/>

[consulta: 23 set 2017].

26. Barnechea, C. et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.

27. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. [Internet]. 2005. Disponible en:

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf [consulta: 23 set 2017].

28. Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. Mensaje de la Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial (SUHA) 17 de mayo día Mundial de la Hipertensión Arterial. Op.cit.

29. MedlinePlus. Hipertensión arterial. [Internet]. 2017. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>

[consulta: 27 set 2017].

29. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet] 2013. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1

[consulta: 27 set 2017].

30. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Fernández Arias MA. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Revista Cubana de Medicina [Internet] 2011; 50(3): 311-23. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_03_11/med09311.htm [consulta: 27 set 2017].

31. The Nutrition Transition. What is the nutrition transition? [Internet]. Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/projects/nutrans/whatis> [consulta: 27 set 2017].

32. Anzalone P. 17 de mayo día mundial de la hipertensión arterial. [Internet]. Disponible en:

<http://audyn.org.uy/sitio/repo/arch/ArticulosobreDaMundialdeLaHipertensionArterial.pdf>

[consulta: 28 set 2017].

33. Organización Mundial de la Salud. Metas globales 2015. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/> [consulta: 28 set 2017].

34. Bove, I., Cerruti, F. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. (1er ed.). [Internet]. Montevideo:

RUANDI, UNICEF, MIDES, MSP, 2011. [Internet]. Disponible en:

https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Documento_resumen_ENCUESTA_NACIONAL

[SOBRE LACTANCIA.pdf](#)

35. Mancia G, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet] 2013; 66(11): 880- 944. Disponible en: http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publi_pdf [consulta: 28 set 2017].
36. Vergeles Blanca JM. En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda? AMF [Internet] 2013; 9 (9): 495-500. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/ps2/files/2016/08/En-la-enfermedad-cr%C3%B3nica-la-familia-ayuda.pdf> [consulta: 28 set 2017].
37. Rosa Jiménez F, Montijano Cabrera AM, Ília Herráiz Montalvo C, Zambrana García JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres?. An Med Interna [Internet] 2005; 22(11): 515-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100003&lng=es [consulta: 28 set 2017].
38. Mansana L. La dimensión temporal de la enfermedad crónica: duración, diagnóstico y edad. Política & Trabalho [Internet] 2015; (42): 45-68. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/285926292_La_dimension_temporal_de_la_enfermedad_cronica_Duracion_diagnostico_y_edad_The_Temporal_Dimension_of_Chronic_Illness_duration_diagnosis_and_age [consulta: 28 set 2017].
39. Vega Angarita O, González Escobar D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global [Internet] 2009; 8(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971> [consulta: 28 set 2017].
40. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana. [Internet]. 2015. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/> [consulta: 28 set 2017].

41. Uruguay. Secretaria Nacional del Deporte. Encuesta sobre hábitos deportivos y actividad física. Uruguay. 2016. [Internet]. Disponible en:

http://www.deporte.gub.uy/images/encuesta_habitos_dep_y_act_fisica-1.pdf

[consulta: 28 set 2017].

42. Caro Dugnac D. Impacto económico de las enfermedades crónicas [tesis] [Internet]. 2014. Disponible en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Econ%C3%B3mico%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%C3%B3nicas.pdf?sequence=1>

[consulta: 28 set 2017].

43. Martínez, A. Eficacia simbólica, eficacia biológica: hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria, Re. Rol Enfermería 1992; (172): 61-8.

44. Collière M. Promover la vida. 2da. ed. Nueva York: Interamericana; 1993.

45. Frías Osuna A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

ANEXO 1

CUESTIONARIO

No.	CONCEPTO	INDICADOR	RTA
1	SEXO	Femenino	
		Masculino	
2	EDAD	Años	
3	VINCULO PARENTAL c/ FAMILIAR HIPERTENSO	Hijo/a	
		Esposo/a	
		Hermano/a	
		Nieto/a	
		Otro	
4	No. DE CONVIVIENTES	1	
		2 a 3	
		4 a 5	
		Más de 6	
5	ACTIVIDAD LABORAL	SI	
		NO	
6	OTROS INGRESOS PROVENIENTES DE LA PERSONA c/ HTA	Salario	
		Jubilación/pensión	
		Plan Social	
		Ayuda de terceros	
No.	CAMBIOS EN LA RUTINA FAMILIAR	SÍ	NO
7	¿El presupuesto familiar se HTA visto aumentado al tener un miembro con HTA?		
8	¿Se HTA reducido la actividad laboral de algún integrante de la familia, al tener un miembro con HTA?		
9	¿La familia HTA adoptado una dieta saludable, a consecuencia de la HTA de alguno de sus miembros?		
10	¿La familia realiza actividades físicas con regularidad, para reducir el sedentarismo, al tener un miembro con HTA?		

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Usuario:

Somos un grupo de Auxiliares de Enfermería que estamos realizando un estudio sobre:

“CAMBIOS EN LA RUTINA FAMILIAR FRENTE A LA HIPERTENSIÓN DE UNO DE SUS MIEMBROS”

por lo cual deseamos saber si Ud. quiere participar, respondiendo un breve cuestionario.

El objetivo es conocer si en su familia existe un miembro con Hipertensión Arterial y por esa razón, se han producidos cambios en la dieta, en la realización de actividades físicas, así como en el plano económico y laboral.

El trabajo se realiza en el marco de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, con la supervisión de las Lic. Enf. Silvia Crosa y Rosemary Carrillo.

Su participación es libre y voluntaria y no requiere sus datos personales (nombre, documentos, dirección). La información que Ud. aporte es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos.

Si Ud. no comprende o no desea responder alguna pregunta, puede omitir la respuesta o pedir la aclaración correspondiente.

En caso de aceptar, solicitamos firme el presente formulario como prueba de que ha sido informado debidamente y ha comprendido los términos del mismo.

Su participación es muy importante, por lo que estamos agradecidos.

Grupo Investigador

Aux. Enf. Nair Aguiar

Aux. Enf. Alex Loureiro

Aux. Enf. Mariana Moreira

Firma del participante:

Fecha:

Institución: Policlínica de zona oeste (Montevideo – Uruguay)