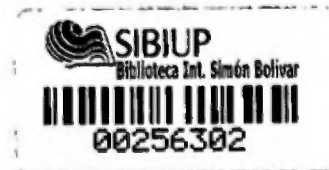


UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA



**"LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO SEGÚN
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL,
QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
SANTO TOMÁS, FEBRERO DE 1999"**

FANÍA RIVAS DE ROACH
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

1999

i.T.M

APROBACIÓN

TITULO DE LA TESIS

18 SEP 1999

"La adhesión al tratamiento según conocimientos, actitudes y comportamientos de pacientes con hipertensión arterial esencial, que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, Febrero de 1999"

PRESENTADA POR: Fania Rivas de Roach

ok. del autor

APROBADA POR:

JURADOS

1999

18880

DEDICATORIA

A mis difuntos padres por sus modelos, expectativas y confianza en mí,

A mis hermanos Fulvia, Francisco y Frida, por su apoyo incondicional,

A mi esposo Luis, compañero, amigo, por alentarme siempre a alcanzar las metas trazadas,

A mis hijos: Luis Alberto, Anel Antonio, Giancarlo y Christian André, por ser fuentes de amor, orgullo y esperanza de un futuro alentador

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Manuel Escala por la asesoría brindada en todos los momentos y procesos que han conllevado a la conclusión de esta Tesis,

A la Enfermera Valentina Rogin de la Consulta Externa Especializada de Cardiología, por su colaboración y entusiasmo en la validación y en la aplicación de los Cuestionarios,

Al Personal de la Consulta Externa, al Personal de la Clínica de Empleados y al Personal del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del Hospital Santo Tomás,

A las personas que padecen de Hipertensión Arterial que participaron de este estudio y compartieron sus experiencias,

A todos aquellos que de una u otra forma nos alentaron a iniciar y/o culminar esta tarea, Muchas gracias!

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
I. JUSTIFICACIÓN	7
1.1 Planteamiento del problema	7
a) Formulación del problema	10
1.2 Magnitud del problema	10
1.3 Gravedad	14
1.4 Costos sociales y económicos	17
1.5 Vulnerabilidad	18
II. OBJETIVO GENERAL	19
III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
IV. PROPÓSITOS	21
V. MARCO TEÓRICO	24
5.1 Hipertensión Arterial	24
5.1.1 Evaluación de la Presión Arterial	27
5.1.2 Factores relacionados con Hipertensión Arterial Primaria	31
5.1.3 Factores Psicosociales asociados con Hipertensión	38
5.1.4 Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Primaria	42
5.1.5 Adhesión al Tratamiento	43

a)	Normas de Control de la Hipertensión Arterial, según el Programa de Adultos del Ministerio de Salud	45
b)	Teorías sobre el comportamiento y la adhesión al tratamiento	48
c)	Modelos de creencias en salud	49
d)	Modelos de Auto-Regulación	51
e)	Modelo de Aprendizaje Conductual	51
f)	Medición de la Adhesión al Tratamiento	52
g)	Variables que afectan la adhesión al Tratamiento	55
h)	La familia y la enfermedad hipertensiva	60
5.2	Actitudes	65
a)	Las estructuras cognoscitivas y su interrelación con los comportamientos	66
b)	El componente afectivo	68
c)	El componente conductual	68
5.2.1.	Actitudes, Valores, Motivación	69
5.3	Comportamiento	72
5.4	La educación sanitaria sobre Hipertensión Arterial	80
5.5	Propuesta del Investigador	84
5.5.1	Áreas de las variables a considerar	84
5.5.2	Definición de las variables del estudio	86
a)	Variable principal	86
b)	Variables secundarias	89

Hipótesis de trabajo	93
VI. MARCO METODOLÓGICO	95
6.1. Tipo de estudio	95
6.2. Descripción del área de estudio	95
a) Características generales del actual	
Hospital Santo Tomás	99
6.3. Definición de la población	101
6.4. Tamaño de la muestra	102
6.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos	102
6.6. Aspectos administrativos	107
6.7. Plan de Análisis y Discusión de los Resultados	108
6.7.1. Cruce de variables	110
VII. RESULTADOS	118
1. Análisis de los resultados	111
a) Descripción de las características de los sujetos encuestados	111
b) Características de los pacientes según su adhesión al tratamiento	119
b.1) Distribución de los pacientes encuestados con	
Diagnóstico de Hipertensión Arterial, según adhesión	
o no al tratamiento.	119
b.2) Distribución de pacientes encuestados, según grupo de	
edad y adhesión o no al tratamiento.	120

b.3)	Distribución de pacientes encuestados según sexo y adhesión o no al tratamiento.	121
b.4)	Distribución de pacientes encuestados según escolaridad y adhesión o no al tratamiento.	121
b.5)	Distribución de pacientes encuestados según estado civil y adhesión o no al tratamiento.	122
b.6)	Distribución de pacientes encuestados según ingreso mensual y adhesión o no al tratamiento.	123
b.7)	Distribución de pacientes encuestados según cumplimiento de citas y adhesión o no al tratamiento.	124
b.8)	Distribución de pacientes encuestados según tiempo de control y adhesión o no al tratamiento.	125
b.9)	Distribución de pacientes encuestados según conocimientos y adhesión o no al tratamiento.	126
b.10)	Distribución de pacientes encuestados según actitudes y adhesión o no al tratamiento.	127
b.11)	Distribución de pacientes encuestados según comportamiento y adhesión o no al tratamiento.	127
2.	Discusión de los resultados	136
VIII.	CONCLUSIONES	143
IX.	RECOMENDACIONES	146

X.	BIBLIOGRAFÍA.	149
XI.	ANEXOS	155
XII	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	175

INDICE DE CUADROS

Nº	DESCRIPCIÓN	Página
I	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según sexo	114
II	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según grupo edad	114
III	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según escolaridad	115
IV	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según estado civil	116
V	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según ingreso mensual	117
VI	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según tiempo de control	117
VII	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según número de citas asistidas	118
VIII	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según servicio de atención y adhesión o no al tratamiento	119

IX	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según grupo de edad y adhesión o no al tratamiento	120
X	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según sexo y adhesión o no al tratamiento.	121
XI	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según escolaridad y adhesión o no al tratamiento.	122
XII	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según estado civil y adhesión o no al tratamiento.	123
XIII	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según ingreso mensual y adhesión o no al tratamiento	124
XIV	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según cumplimiento de citas y adhesión o no al tratamiento	125
XV	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según tiempo de control y adhesión o no al tratamiento	125

XVI	Asisto a las citas de control y adhesión o no al tratamiento	131
XVII	Mido mi presión por lo menos una vez al mes y adhesión o no al tratamiento	132
XVIII	Como alimentos fritos más de dos veces por semana y adhesión o no al tratamiento	133
XIX	Mido la cantidad de sal que agrego a las comidas y ensaladas y adhesión o no al tratamiento	134
XX	Vigilo mi peso por lo menos cada dos meses y adhesión o no al tratamiento	134
XXI	Tomo mis medicamentos en la frecuencia y en la dosis indicada y adhesión o no al tratamiento	135
XXII	Participo de los grupos de hipertensos organizados y adhesión o no al tratamiento	136

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Nº	Descripción	Página
1	Porcentaje de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial, según servicio de atención	111
2	Porcentaje de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial, según Comunidad	112
3	Porcentaje de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial, según adhesión o no al tratamiento	113
4	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial, según conocimientos y adhesión o no al tratamiento	126
5	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial, según actitudes y adhesión o no al tratamiento	128
6	Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial, según comportamiento y adhesión o no al tratamiento	129

RESUMEN

La cultura médica asume que el paciente tendrá un comportamiento racional ante el tratamiento y las indicaciones médicas dadas; sin embargo, la práctica diaria evidencia que muchos no la cumplen o la abandonan. El objetivo del estudio fue el conocer la relación entre la adhesión al tratamiento, según el nivel de conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. La muestra del estudio no fue aleatoria y estuvo constituida por 133 pacientes hipertensos, mayores de 20 años. El método de recolección de datos fue la aplicación individual de tres cuestionarios, creados y validados por la investigadora, precedida de la entrevista y toma de la presión arterial de cada paciente. Los resultados, no evidenciaron una diferencia estadísticamente significativa entre la adhesión o no al tratamiento y el nivel de conocimientos y las actitudes de los pacientes hipertensos encuestados. El estudio concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes hipertensos encuestados adheridos o no al tratamiento, ($p= 0.000153217$), en particular en el comportamiento ($p=.00153217$), en las áreas de asistencia a las citas de control ($p=0.00889879$), la medición de la presión arterial por lo menos una vez al mes, ($p=0.00242258$), la reducción de la ingesta de alimentos fritos, más de dos veces por semana, ($p=0.01737779$), la medición del consumo de sal ($p=0.01847446$), la vigilancia y control del peso corporal ($p=0.03092429$), la toma de medicamentos en la frecuencia y en la dosis indicada ($p=0.1578509$) y la participación en grupos organizados de hipertensos ($p=0.00229780$). Los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento presentaron un porcentaje menor (3%) de incumplimiento de citas y un porcentaje mayor (63%) de comportamiento saludable, en las áreas relativas al control de la presión arterial y a la alimentación.

ABSTRACT

The medical culture has the assumption that the patients will have a rational behavior to the doctor's treatment and indications, but the daily practice evidence that many patients do not comply or they suspend the treatment. The study seeks to identify the relation between the adherence to treatment, and the degree of knowledge, attitude and behavior of patients with the diagnosis of hypertension. The sample was of 133 hypertensive patients, over twenty years old, and selected by convenience. The data was gathered applying knowledge, attitude and behavior questionnaires to each patient, preceded by an interview and an arterial pressure check-out. The investigator concludes that there is a significant statistical difference between hypertensive patients adhered or not to treatment ($p= 0.000153217$), particularly in behavior ($p=.00153217$), in the areas of attendance to medical appointment ($p=0.00889879$), the measure of the arterial pressure at least once during a month, ($p=0.00242258$), the reduction of fried foods, more than twice a week ($p=0.01737779$), the measure of intake of salt ($p=0.01847446$), the weight control ($p=0.03092429$), intake of medicine in the frequency and dose indicated ($p=0.1578509$) and the participation in hypertensive groups ($p=0.00229780$). The hypertensive patients who adheres to treatment have less non attendance to medical appointments (3%) and they have more healthy behavior (63%), in the aspect of control of arterial pressure and nutrition.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial, constituye un problema de salud pública y la enfermedad crónica más frecuente del mundo Arriaga GJ, (1992). Es uno de los factores de riesgo cardiovasculares primarios Stamler J. et. al. (1989) que puede afectar a prácticamente todos los órganos de la economía. Según Calderón A. (1977), estudios epidemiológicos que se realizan desde hace muchos años indican claramente que este proceso es el primer condicionante para padecer infarto del miocardio o un estado de insuficiencia cardiaca progresiva.

Los factores de riesgos biológicos, psicológicos, sociales y los estilos de vida en gran medida condicionan la progresión de la enfermedad. Por lo tanto con esfuerzo y ajustando algunos aspectos como el ejercicio, la dieta y en algunos casos el uso de fármacos específicos, se puede conservar la presión en niveles normales o casi normales.

A pesar de los diversos métodos de intervención para detener los efectos o complicaciones de la Hipertensión Arterial, dado los avances técnicos científicos en Medicina y la eficacia de las intervenciones sobre el proceso de enfermedad, una de las limitantes es el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes.

La falta de adherencia al tratamiento, ya se trate de dificultades para tomar la medicación, para modificar hábitos nocivos o de alto riesgo (dieta, ejercicio, estrés, alcohol y tabaco) o bien del abandono del tratamiento o el incumplimiento de las citas médicas, es una condición característica de los pacientes sea cual sea su dolencia y una de

las condiciones que los clínicos unánimemente coinciden en señalar como más desalentadora.

Tal vez la repercusión más evidente del incumplimiento es el fracaso terapéutico, además del incremento del costo económico, sanitario y social por la repetición de pruebas diagnósticas, bajas laborales o nuevos tratamientos que, a menudo, el paciente solicita cuando no se ha resuelto definitivamente su problema, sin olvidar, también el potencial malestar y desajuste social y psicológico del propio paciente. Por otra parte, en la medida que los resultados negativos puedan atribuirse al incumplimiento, se compromete enormemente la evaluación objetiva de la efectividad de los tratamientos.

Determinar con precisión las tasas de incumplimiento y alternativamente de adhesión en tanto que implican una amplia variedad de conductas, es difícil, aun así, los numerosísimos estudios coinciden en valoraciones similares, Masek (1982), Meichehbaum y Turk (1991), Sweet, Rozensky y Tobiam (1991). Como ejemplos se pueden citar que, entre todo el colectivo de pacientes, en torno al 30% no sigue los tratamientos curativos, aproximadamente el 70% incumple los programas preventivos (hasta un 80% abandonan los programas que incluyen modificación de dieta o tabaco) y más del 50% de los pacientes crónicos no se adhieren a los tratamientos. Puede estimarse entorno al 50% la tasa típica de adhesión, aunque con frecuencia no supera el 20%.

Dado que uno de los factores, además de la eficacia terapéutica que garantiza el éxito de las medidas terapéuticas indicadas, se ubican en el contexto individual, se estudia la relación entre el nivel de conocimientos, las actitudes y el comportamiento de pacientes

hipertensos y la adhesión o no al tratamiento. En la revisión bibliográfica sobre el tema no encontramos investigaciones al respecto.

Entre los propósitos del estudio, podemos consignar los siguientes:

1. Contribuir al cumplimiento de las recomendaciones y terapias, identificando las características de los pacientes hipertensos que se adhieren o no al tratamiento.
2. Contribuir a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, en pacientes hipertensos, señalando las conductas que predisponen a dichas condiciones.
3. Reconocer la necesidad de incorporar en la práctica clínica diaria de los trabajadores de la salud, la evaluación del nivel de educación, las actitudes hacia la enfermedad y el comportamiento de los pacientes ante las indicaciones médicas dadas.
4. Fortalecer el componente de educación en la atención de pacientes hipertensos del Programa de Adultos.

La metodología utilizada fue la aplicación individual de tres Cuestionarios distintos para la medición del nivel de conocimientos, las actitudes y el comportamiento y la medición de la presión arterial de pacientes hipertensos encuestados que acudieron a la Consulta Externa y a la Clínica del Empleado del Hospital Santo Tomás, durante el mes de Febrero de 1999.

Los datos fueron analizados estadísticamente de acuerdo a los objetivos y las hipótesis planteadas. La tabulación y presentación resumida de los datos, se agruparon en función de las variables (primarias o secundarias), utilizando el Programa de Epi Info, versión 6.

La muestra estuvo conformada por 133 pacientes hipertensos, de los cuales sólo el 45% estaba adherido al tratamiento, el 80% tenía un nivel de conocimiento satisfactorio, el 90% una actitud positiva y el 47% un comportamiento saludable ante la enfermedad.

En conclusión no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los pacientes hipertensos encuestados. Los resultados obtenidos evidencian la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre el comportamiento de los pacientes hipertensos encuestados que se adhieren o no al tratamiento.

Entre las conductas asociadas a la adhesión al tratamiento se señalan: asistir a las citas de control, medir la presión arterial por lo menos una vez al mes, no comer alimentos fritos más de dos veces por semana, medir la cantidad de sal que se agrega a las comidas y ensaladas, vigilar el peso por lo menos cada dos meses, tomar los medicamentos en la frecuencia y en la dosis indicada y participar en grupos organizados de hipertensos.

I. JUSTIFICACIÓN

- 1.1. Planteamiento del problema
 - a) Formulación del problema

- 1.2. Magnitud

- 1.3. Gravedad

- 1.4. Costos sociales y económicos

- 1.5. Vulnerabilidad

I. JUSTIFICACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La falta de adherencia de los pacientes a la terapia y a las instrucciones dadas por los médicos es, sin duda alguna, un problema del sistema de salud en general y del individuo en particular. Sin embargo, sólo desde hace algún tiempo este fenómeno ha captado la atención de clínicos e investigadores y apenas ahora comienzan a reconocerse los grandes efectos que tiene sobre la salud de las personas, la progresión de la enfermedad, las tasas de mortalidad y los costos globales de la atención en salud.

Varios factores se asocian en la no adherencia del paciente al tratamiento indicado:

1. En primer lugar, la cultura de la práctica médica que asume que el paciente tiene un comportamiento racional.
2. Un segundo factor se deriva de la estructura de la práctica médica moderna, caracterizada por encuentros breves entre un proveedor experto que brinda ayuda médica y la persona enferma que busca ayuda. En este contexto la no adherencia al tratamiento es invisible, por el médico, en estos contactos breves, desconociendo el impacto de sus indicaciones en la vida social y emocional de los pacientes.
3. Un tercer factor es que el progreso científico está asociado con un aumento en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, el cual deja en manos del paciente y sus familiares, el manejo diario del tratamiento de acuerdo a su orientación individual hacia la salud, hacia el médico y hacia el tratamiento.

El porcentaje de pacientes que no continúan el tratamiento médico varía entre el 15 al 93%. Considerando la variedad de regímenes prescritos y las enfermedades consideradas, al menos un tercio de los pacientes en la mayoría de los estudios, no siguen las indicaciones médicas. Muchos estudios indican empíricamente o por inferencia, que los médicos no brindan suficiente consideración a su rol de intérpretes y educador de los pacientes al igual que muchos pacientes no expresan sus desacuerdos al tratamiento indicado Mumford, E. (1979).

Entre los factores necesarios para el manejo diario del tratamiento para el control satisfactorio de la Hipertensión Arterial, están los asociados al individuo en particular las áreas del nivel de educación, las actitudes, el comportamiento ante la enfermedad, que en la práctica clínica diaria, se brinda poca importancia. La revisión bibliográfica realizada al respecto, no evidencia estudios sobre el tema.

En cada etapa desde la detección o diagnóstico y a través del seguimiento de casos, de los pacientes hipertensos, una considerable cantidad de pacientes abandonan el tratamiento. Hasta un 50% de los pacientes referidos no cumplen con las indicaciones dadas, más del 50% de aquellos que inician el tratamiento, lo abandona durante el primer año y sólo aproximadamente dos tercios de aquellos que permanecen en tratamiento, consumen la cantidad suficiente de la dosis prescrita para lograr un adecuado control de la presión arterial. McKenney y Brown,(1978), Engelland y Powell (1979).

En la República Federal de Alemania se encontró que el 79% de los hombres de 30 a 69 años y el 63% de las mujeres del mismo grupo eran hipertensos con control médico inadecuado Stieber et. al. (1977). En promedio, los pacientes hipertensos

acudieron a control médico 8.5 veces más al año, el doble de asistencia de pacientes normotensos. Esto podría definir la existencia de secuelas cardiovasculares y a su vez ser el reflejo de problemas de manejo, al igual que la actitud de estos pacientes al tratamiento, Luban- Plozza et. al. (1982).

(a) **Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre la adhesión al tratamiento, según el nivel de conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial esencial que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás?

1.2. Magnitud del problema

La Hipertensión Arterial es considerada el principal problema de salud en muchos países del mundo. El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud estima que entre un 8 a un 18% de la población de adultos sufre, en algún grado, de presión arterial elevada y en las sociedades industrializadas se calcula que la hipertensión afecta a un 10% a 30% de los adultos, dependiendo de la población que se estudie Vásquez I. (1998) y uno de cada diez panameños sufrirá de presión alta desde los 20 años, Larroza, D. (1998).

En la República de Panamá, el registro estadístico de pacientes hipertensos bajo control, atendidos durante el período de 1994 -1996, no permiten el análisis de tendencias, dado que en las Regiones de Salud de Bocas del Toro, Coclé y Colón, en algunos años se carece de información al respecto, mientras en otras Regiones los datos inferen un sub-registro o baja captación y/o seguimiento de pacientes hipertensos (Ejm. Los Santos, Panamá Este, San Miguelito y Veraguas, entre otros.)

Durante 1996 un total de 19,795 pacientes hipertensos bajo control, se atendieron en las Regiones de Salud del país, correspondiendo el mayor porcentaje de atención a la Región de Salud de Panamá Oeste, con una tasa de 6.73 hipertensos por 100 habitantes. (Cuadro I, pág. 8).

En la Región Metropolitana de Salud, la tasa de hipertensos fue de .4306 hipertensos por 100 habitantes, constituyendo una de las principales causas de morbilidad atendida (3.6% del total), entre otras causas (Cuadro II, pág.13).

CUADRO I TASAS DE HIPERTENSOS BAJO CONTROL, POR REGIÓN DE SALUD, SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA. PANAMÁ, 1994 - 1996.

REGIÓN DE SALUD	TASAS x 100 HABITANTES		
	1994	1995	1996
BOCAS DEL TORO	.2021	-----	.027
COCLÉ	4.27	-----	-----
COLÓN	-----	-----	.3293
CHIRIQUÍ	.253	2.87	.215
DARIÉN	.9418	1.17	1.05
HERRERA	1.041	-----	.7447
LOS SANTOS	8.509	10.013	2.339
PANAMÁ	.4612	.45	.896
ESTE	.408	.483	.702
OESTE	1.134	1.17	6.73
METROPOLITANA	.457	.227	.4306
SAN MIGUELITO	.0813	.31	.37
VERAGUAS	3.138	.594	1.23
SAN BLAS	.0428	.108	.0235

... Información no disponible

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud

**CUADRO II PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDAS EN LA
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, PANAMÁ - AÑO: 1996**

CAUSA	Nº
Resfriado Común.....	8048
Gripe.....	6112
Diarrea.....	5891
Parasitosis.....	2074
Bronquitis.....	2073
Anemia.....	1964
Infección de las Vías Urinarias	1933
Hipertensión Arterial.....	1278
Dermatitis.....	1257
Piodermitis.....	1048
Asma.....	968
Varicela.....	750
Gastritis.....	656
Lumbalgia.....	462
Enfermedad Pélvica Inflamatoria.....	387
Total	34901

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas - Región Metropolitana de Salud

Para 1996, en la Región Metropolitana de Salud, entre los Centros de Salud de mayor consulta por Hipertensión Arterial, podemos señalar a los Centros de Salud de Juan Díaz (783 casos), Mañanitas (739 casos), Emiliano Ponce (584 casos) y Parque Lefevre (506 casos), Cuadro III, pág. 156.

En la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, en 1996 se atendieron un total de 6,356 consultas por Hipertensión Arterial, (4383 del sexo femenino y 1673 del sexo masculino), correspondiendo el 42.3% a pacientes de 60 años y más. Por otro lado del

total de consultas especializadas, 9,979 (7%) consultas fueron brindadas por el Servicio de Cardiología (Cuadros IV y V, pág. 157 y 158).

Entre las principales causas de morbilidad en el Servicio de Urgencia General, de dicha Institución, se consigna la Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna con un total de 377 casos de 20,209 (Cuadro VI, pág. 159).

Para 1997, la Hipertensión esencial no especificada como benigna ni maligna ocupó el quinto lugar, entre las principales causas de morbilidad en la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás. (Cuadro VII, pág 160).

1.3. Gravedad

La Hipertensión Arterial se considera un factor de riesgo modificable de enfermedades graves como cardiopatía isquémica, accidente vascular encefálico e insuficiencia cardíaca y renal, entre otras, las cuales constituyen una importante causa de mortalidad y morbilidad y de años de vida potencialmente perdidos (Cuadro VIII, pág. 15).

La enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cardiovasculares, constituyen el 9.7%, de los años de vida ajustados por discapacidad y del peso global de la enfermedad a nivel mundial. Para 1990, según las estadísticas de salud y de carga mundial de morbilidad de la Universidad de Harvard, la Isquemia cardíaca ocupa el sexto lugar entre las causas de pérdidas de años de vida ajustados en función de la discapacidad para todas las edades y ambos sexos y para el 2020 se espera que ocupe el primer lugar. (Cuadro N° IX, pág.161).

A nivel mundial, alrededor de 12 millones de defunciones se debieron en 1990 a las enfermedades cardiovasculares (aproximadamente el 24% del total estimado de 50 millones de muertes). En los países desarrollados, de un total de 10.9 millones de defunciones, 5.3 millones se debieron a estas afecciones. En América Latina, se estimó que ese mismo año hubo 800,000 defunciones por esta causa (25% del total de muertes), y en el Canadá y los Estados Unidos la proporción se acercó al 50%. Las enfermedades cardiovasculares constituyeron la primera causa de mortalidad en 31 de los 35 países analizados en la Región en 1990, Organización Panamericana de la Salud (1994).

CUADRO VIII COMPLICACIONES POTENCIALES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Organo Afectado	Relacionadas con arteriosclerosis acelerada	Relacionadas con la hipertensión per se
Corazón	Angina, infarto del miocardio	Insuficiencia cardiaca
Cerebro	Crisis isquémica, infarto	Hemorragia cerebral
Riñón	Enfermedad vascular renal	Nefrosclerosis arteriolar, insuficiencia renal
Ojos	Accidentes vasculares retineanos	Hemorragias
Arterias	Oclusión arterial	Aneurisma

En cuanto a las defunciones y tasas por Enfermedad Hipertensiva en la República de Panamá por Región de Salud, en el año de 1995, podemos señalar un total de 139 defunciones, el grupo etáreo más afectado fue el de 60 años y más, con igual proporción

para ambos sexos (68 hombres y 69 mujeres), lo que corresponde a una tasa de 5.2 defunciones por 10,000 habitantes. La mayor tasa de defunción correspondió a la Región de Salud de Herrera (10.9 muertes por 10,000 habitantes), seguida de la Región de Salud de Los Santos y la Región Metropolitana de Salud, con tasas de 8.7 y 6.8, respectivamente (Cuadro X y XI, pág 162 y 163).

Según la Sección de Estadística Vitales de la Contraloría General de la República de Panamá, durante 1995, enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial como las enfermedades cerebrovasculares ocuparon la tercera posición dentro de las diez principales causas de mortalidad en la República, seguida del Infarto del Miocardio y Otras Enfermedades Isquémicas del Corazón, que ocuparon la cuarta y sexta posición respectivamente (Cuadro XII pág. 164).

Para 1996 del total de 2,642 defunciones, en la Región Metropolitana, enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial, el Infarto Agudo del Miocardio (343) y la Enfermedad Cerebrovascular (140), ocuparon la segunda y cuarta posición de importancia, afectando también más al grupo de edad de 60 años y más. (Cuadro XIII, pág. 165). En el Hospital Santo Tomás se registraron 289 defunciones, de las cuales, 25 muertes corresponden a otras enfermedades cerebrovasculares y las mal definidas sin especificación, 24 a Hemorragia Intracerebral, 11 Infartos del Miocardio y 8 Insuficiencias cardíaca congestiva (Cuadro XIV, pág 166).

Las cardiopatías, la Enfermedad Cerebro Vascular sin especificación y el Infarto Agudo del Miocardio, se señalan como las principales causas de mortalidad en el

Servicio de Urgencia General del Hospital Santo Tomás, durante el año de 1997.

En la Caja de Seguro Social para el año de 1991, de 1,261 pensiones de invalidez aprobadas en menores de 60 años el 23% fue por enfermedad cerebrovascular, hipertensión, cardiopatías y diabetes.

1.4. Costos sociales y económicos

La atención de las enfermedades cardiovasculares requiere de la utilización de una cantidad apreciable de servicios curativos (atención primaria y hospitalización) y la administración de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que consumen una proporción apreciable de recursos en salud. Si bien la información cuantitativa disponible sobre costos es escasa, existen indicios de que numerosos países de la Región soportan cargas económicas, asistenciales y sociales de una magnitud semejante.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Corazón, Pulmones y Sangre y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos en 1981, el costo aproximado de la atención de la Hipertensión no complicada en los Estados Unidos fue de \$10.75 billones, el cual incluye \$7.3 billones en costos directos de atención, \$2.6 billones en costos indirectos, tales como pérdida de ingresos o sueldos y \$850 millones en ingresos futuros, debido a la mortalidad prematura. El costo total de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en 1981, para lo cual la Hipertensión es el factor de riesgo mayor

excedió los \$100 billones (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos, 1983).

1.5. Vulnerabilidad

Es posible reducir el daño biológico, psicológico y social, tanto del paciente como de sus familiares secundarios a la Hipertensión Arterial, mediante la educación y el fomento de conductas saludables ante la enfermedad, disminuir la discapacidad laboral y social e incrementar el número de años de vida productiva.

De no realizarse el estudio, la falta de cumplimiento del tratamiento anti-hipertensivo, constituirá una causa frecuente de pobres resultados terapéuticos e inadecuado control de la enfermedad, lo que aumenta el consumo de recursos en salud, expresado por incremento en el número de consultas, mayores requerimientos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de complejidad creciente.

II. OBJETIVO GENERAL

1. Conocer la relación entre la adhesión al tratamiento, el nivel de conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. **Determinar el grado de adhesión al tratamiento de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás.**
2. **Medir el nivel de conocimientos sobre la enfermedad de los pacientes hipertensos, que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, según adhesión o no al tratamiento.**
3. **Medir las actitudes de los pacientes que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, según adhesión o no al tratamiento.**
4. **Medir el comportamiento de los pacientes hipertensos que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, según adhesión o no al tratamiento.**

IV. PROPÓSITOS

Entre los propósitos del estudio, podemos consignar los siguientes:

1. Contribuir al cumplimiento de las recomendaciones y terapias, identificando las características de los pacientes hipertensos que se adhieren o no al tratamiento.
2. Contribuir a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, en pacientes hipertensos, señalando las conductas que predisponen a dichas condiciones.
3. Reconocer la necesidad de incorporar en la práctica clínica diaria de los trabajadores de la salud, la evaluación del nivel de educación, las actitudes hacia la enfermedad, y el comportamiento de los pacientes ante las indicaciones médicas dadas.
4. Fortalecer el componente de educación en la atención de pacientes hipertensos del Programa de Salud de Adultos.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Hipertensión arterial

5.1.1. Evaluación de la Presión Arterial

5.1.2. Factores relacionados con Hipertensión Arterial Primaria

5.1.3. Factores Psicosociales asociados con Hipertensión Arterial

5.1.4. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Primaria

5.1.5. Adherencia al Tratamiento

- a) Normas de control de la Hipertensión Arterial, según el programa de Adultos del Ministerio de Salud.**
- b) Teorías sobre el comportamiento y la Adhesión al Tratamiento**
- c) Modelos de creencia en salud**
- d) Modelos de Auto - Regulación**
- e) Modelo de aprendizaje conductual**
- f) Medición de la adhesión al tratamiento**
- g) Variables que afectan la adhesión al Tratamiento**
- h) La familia y la enfermedad hipertensiva**

5.2. Actitudes

- a) Las estructuras cognoscitivas y su interrelación con los comportamientos**
- b) El componente afectivo**

c) El componente conductual

5.2.1 Actitudes, Valores, Motivación

5.3. Comportamiento

5.4. La educación sanitaria sobre Hipertensión Arterial

5.5. Propuesta del investigador

5.5.1 Áreas de las variables a considerar

5.5.2 Definición de las variables del estudio

a) Variable principal

b) Variables secundaria

5.5.3 Hipótesis de Trabajo

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Hipertensión Esencial

La sangre que circula por los vasos sanguíneos necesita, sobretodo en las arterias, una determinada presión para poder alcanzar todos los órganos y suministrarles nutrientes y oxígeno. Esta presión arterial, depende por un lado de la fuerza con que la sangre es impulsada desde el corazón en cada latido y por otro de la resistencia que los conductos arteriales ofrecen a su paso.

La presión arterial en los seres humanos, tiene dos valores; uno de ellos llamado valor sistólico o presión máxima y que en régimen de normalidad varía entre 100 y 140 mmHg, y otro llamado valor diastólico o presión mínima y que normalmente varía entre 60 y 90 mmHg. Se acepta como Hipertensión Arterial la elevación crónica de una o de las dos presiones arteriales, sistólicas (140 mm Hg o más) y diastólicas (90 mm Hg o más) o que esté bajo tratamiento antihipertensivo, Instituto Nacional de Corazón, Pulmones y Sangre, de Estados Unidos (1997), pág. 11.

El objetivo de identificar y tratar la hipertensión arterial es reducir el riesgo de la enfermedad cardiovascular y la morbilidad y mortalidad asociada. Es de utilidad el disponer de una clasificación de Hipertensión en adultos, con el propósito de identificar los individuos de alto riesgo y proveer las guías para el seguimiento y tratamiento.

La relación positiva entre la presión arterial sistólica y la diastólica y el riesgo cardiovascular ha sido reconocida. Esta relación es fuerte, continua, graduada,

consistente, independiente, predictiva y etiológicamente significativa para aquellos, con o sin enfermedad coronaria.

Aunque la clasificación de la presión arterial del adulto es arbitraria, es de utilidad para los clínicos quienes deben tomar decisiones basados en una constelación de factores, incluyendo el nivel actual de la presión arterial. El Cuadro XVI (pág.26), provee una clasificación de presión arterial para adultos (de 18 años y más). Esta clasificación está basada en el promedio de dos o más lecturas de la presión arterial tomadas de acuerdo a las recomendaciones indicadas en dos o más visitas, después de la detección inicial. Cuando la presión sistólica y diastólica caen en diferentes categorías, la categoría más alta debe ser seleccionada para clasificar la presión arterial del paciente.

Según la OMS (1974), se puede hablar de hipertensión arterial cuando la PAS es mayor o igual a 160 mm Hg y/o cuando la PAd es mayor o igual a 95 mm Hg. El término borderline engloba las presiones comprendidas entre 140 y 160 mm Hg en la PAS y/o entre 90 y 95 mm de Hg en la PAd. Concretamente cuando la PAd se sitúa entre 95 y 104 mm Hg se habla de HTA ligera , entre 105 y 114, de HTA moderada y por encima de este nivel, HTA severa.

Recientemente el VI Reporte de la Comisión Nacional Conjunta para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, JNC VI (1997), ha definido siguiendo los planteamientos de la OMS, tres estadios de gravedad de la HTA (Cuadro XVII, pág. 26).

CUADRO XVI CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DE 18 AÑOS Y MÁS.

<u>Presión Arterial (mmHg)</u>	<u>Categoría +</u>
Presión arterial diastólica	
< 85	presión arterial normal
85 - 89	presión normal alta
90 - 104	hipertensión leve
105 - 114	hipertensión moderada
> 115	hipertensión severa
Presión arterial sistólica ++	
< 140	presión arterial normal
140 - 159	hipertensión sistólica leve
> 160	hipertensión sistólica severa

+ Definición de presión arterial basada en dos o más lecturas de la presión arterial en dos oportunidades bajo condiciones adecuadas.

++ Cuando la presión arterial diastólica es < de 90 mmHg

Fuente: Junta Nacional para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la HA, E.U - 1988.

CUADRO XVII CLASIFICACIÓN DE LA PA EN MM/HG PARA ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS.

Categoría	PA sistólica		PA diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal - alta	130 -139	o	85 -89
Hipertensión			
Estadio 1	140 -159	o	90 -99
Estadio 2	160 -179	o	100-109
Estadio 3	>180	o	>110

Fuente: VI Reporte del Comisión Nacional Conjunta para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de los Estados Unidos de América.

5.1.1 Evaluación de la presión arterial

a) La medida manual de la presión arterial

En la actualidad se dispone de diversos métodos y procedimientos para medir la presión arterial. A pesar de ello, en la consulta clínica sigue siendo habitual la medida manual con un esfigmanómetro de mercurio. Este método esfigmográfico fue desarrollado por Marcy en 1860 y tras diversas modificaciones, fue usado durante el resto del siglo XIX. Sin embargo aunque el método de Marcy era adecuado para la medida de la presión sistólica, presentaba algunas dificultades en la medida de la presión arterial diastólica, problema que fue resuelto en 1905 por Korotkoff, un cirujano ruso que, colocando un estetoscopio debajo de una almohadilla esfigmográfica inflada, aplicada al brazo de un paciente, y desinflándola lentamente, pudo escuchar los ruidos que indican el punto de presión máxima (sistólica) y mínima (diastólica).

Este descubrimiento ha sido de gran importancia, ya que en él se sientan las bases de la técnica auscultatoria que corrientemente se utiliza en la clínica. Esta técnica consiste en la auscultación de los sonidos descrito por Korotkoff los cuales cubren una gama media de 45 mm de Hg y se subdividen en cinco fases de duración variable: un sonido fuerte y chasqueante (14 mm Hg), una sucesión de murmullos (20mm de Hg), unos sonidos galopantes (5 mmde Hg), un sonido envolvente (6 mm de Hg) y silencio.

Según las recomendaciones de la OMS (1978), la técnica auscultatoria, cuando se utiliza con un esfigmomanómetro de mercurio (que es el instrumento recomendado en primer lugar, a pesar de los avances técnicos, por la Comisión Nacional para la

Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de los Estados Unidos en 1997, debe adecuarse al siguiente proceso: El manómetro debe colocarse sobre una superficie horizontal. El sujeto por lo general estará sentado, y es importante que el brazo no esté oprimido en forma alguna (por ejemplo, por la ropa, etc.). Se ajusta firmemente el brazal y el observador localiza el pulso braquial en la fosa antecubital y coloca un estetoscopio sobre la arteria. Enseguida se infla rápidamente el brazal hasta 20 - 30 mm de Hg por encima de la presión a la que ya no puede apreciarse el pulso radial. Luego se desinfla a una velocidad uniforme de 2 a 3 mm de Hg por segundo. Hay que observar continuamente y atentamente la columna de mercurio. Se toma como presión sistólica aquella en la que el oído distingue el primer sonido arterial. El punto en que desaparece el último sonido arterial (fase 5 de Korotkoff) se suele tomar como presión diastólica (OMS, 1978, pág. 12).

b) Métodos de medición automática de la presión arterial

En la actualidad se dispone de diversos sistemas automáticos de medida de la PA en los que el observador lo único que hace es colocar, adecuadamente, los instrumentos de medida en el paciente o, en el caso de los instrumentos semiautomáticos, únicamente inflar el manguito. Este tipo de medida puede realizarse de acuerdo con distintos métodos.

Ciertos aparatos automáticos se basan en el método auscultatorio manual descrito anteriormente, detectando los ruidos de Korotkoff por medio de un micrófono. Una bomba eléctrica hincha el manguito y los niveles de tensión se muestran en una pantalla

digital. Las precauciones más importantes que se han de tener en cuenta en su manejo es la correcta colocación del manguito, para asegurar la posición idónea del micrófono sobre la arteria y la inmovilidad del brazo durante el procedimiento. Por lo demás en comparación con el método auscultatorio manual, no se han apreciado diferencias significativas, aunque las presiones sistólicas pueden ser más elevadas. Por todo ello, este método, generalmente barato y fiable, es recomendable para su uso clínico general en consultas ambulatorias, reconocimientos médicos rutinarios, etc; además, por su contrastabilidad y fácil manejo, es muy adecuado para la medida de la presión arterial en el domicilio por el propio paciente Cuesta (1991).

El método oscilométrico permite medir la presión arterial detectando la pulsación de la arteria por medio de las oscilaciones en el manguito. Aunque el flujo se detiene cuando la presión del manguito es más alta que la sistólica, la arteria continúa originando oscilaciones de presión en el manguito. Según desciende esta presión la magnitud de la oscilación aumenta, llegando a un máximo a partir del cual comienza a decrecer. De acuerdo con este procedimiento se considera como valor de la presión arterial sistólica el momento en que la oscilación aumenta bruscamente, y como diastólica, el momento en que la oscilación disminuye rápidamente. Este método tiene como ventaja el de no ser afectado por ruidos externos ni por interferencias de otros aparatos eléctricos, además de discriminar con más facilidad las distorsiones producidas en caso de movimiento. Los estudios de comparación de estos aparatos con el método auscultatorio muestran que la presión diastólica suele ser más baja y la sistólica, dependiendo del modelo, bien más alta, bien más baja. A pesar de estas diferencias, este método es claramente mejor en la monitorización intensiva o en pruebas funcionales y ergonómicas en las que interesa la

precisión y el registro de cambios en tiempos cortos, Cuestas (1990). No obstante en la actualidad se dispone de aparatos oscilométricos para tomas de la presión arterial en el dedo índice cuya fiabilidad por el momento no parece estar suficientemente avalada Cuestas (1991).

El método plastimográfico que, hoy en día, parece ser uno de los más usados es el de la velocidad de la onda del pulso. Está basado en la relación entre la velocidad de la onda del pulso, que es la tasa de propagación del pulso, a través del sistema arterial y la presión arterial. Se trata de una medida indirecta de la presión arterial, ya que ésta se deduce a partir de la velocidad de la onda del pulso. La mayor parte de los instrumentos de medida que utilizan esta técnica contienen dos transductores de presión colocados a una distancia conocida en una arteria grande, habitualmente sobre la arteria braquial, en la fosa antecubital, y la arteria radial en la muñeca. Este método tiene ventajas para la investigación en el laboratorio, pero para el uso ambulatorio se dispone de aparatos más pequeños que permiten la medida de la presión arterial en situaciones de la vida cotidiana. Las grandes ventajas de este método están en que, además de proporcionar una información continua, es un método no oclusivo que permite la eliminación del manguito y las molestias que causa su inflado.

c) La medida ambulatoria de la presión arterial (MAPA)

La ventaja de este sistema de evaluación es evidente. Se dispone de un sistema que permite registrar la PA del sujeto en su contexto cotidiano, e incluso, se pueden diagnosticar, con mayor probabilidad de acierto, los casos de falsos hipertensos.

Asimismo, se abre la posibilidad de relacionar el papel que ejercen determinados comportamientos cotidianos, en el ámbito profesional, personal, etc., con las fluctuaciones en la presión arterial, lo cual podría ser de especial interés respecto al entrenamiento en manejo del estrés que el psicólogo ofrece para el tratamiento de la hipertensión arterial.

No obstante no todo puede ser ventajas: la medida ambulatoria hace más complejo el estudio de la hipertensión esencial y la interpretación de los resultados de las investigaciones que se hagan sobre el tema. Hasta ahora, los investigadores basan su análisis en dos o tres medidas que se promedian y se comparan con los límites señalados por la OMS. Esto ha de cambiar y a partir de ahora se han de interpretar decenas de medidas de un solo sujeto a lo largo de un período más extenso de tiempo, lo que ha de llevar, probablemente, hacia un nuevo modo de definir e intervenir en la hipertensión arterial.

5.1.2. Factores relacionados con Hipertensión esencial o primaria

Esta fase se define como presión arterial elevada sin causa orgánica evidente. Recientemente la Organización Mundial de la Salud considerando que se ha acumulado suficientes conocimientos sobre las causas de la Hipertensión Arterial, la cual justificaría abandonar el término esencial y utilizar mejor el de primaria.

El 90 a 95% de los pacientes hipertensos presentan hipertensión arterial esencial o primaria. La etiopatogenia de la hipertensión primaria no se conoce aún, pero los

distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión arterial primaria.

Actualmente se considera que los siguientes factores son posibles condicionantes de la hipertensión :

- a) Factores genéticos: herencia, raza.
- b) Factores de la alimentación :
 - Exceso de ingestión calórica, principalmente proteínas
 - Exceso de consumo de sal
 - exceso de consumo de alcohol.
- c) Factores ambientales
 - consumo de aguas blandas que contienen exceso de sodio y cadmio.
 - stress ambiental (ruido excesivo)
- d) Factores psicosociales
 - tipo de personalidad (tipo A)
 - stress emocional
 - stress psicosocial
 - tensión ocupacional
- e). Otros factores :
 - obesidad
 - sedentarismo
 - tabaquismo
 - ingesta excesiva de grasas saturadas (aún bajo evaluación)

El rol de estos factores desde el punto de vista de la posibilidad de efectuar la prevención primaria de ellos no está completamente aclarado, pero es evidente que la corrección de estos factores de riesgo tiene importancia en el tratamiento de los pacientes hipertensos especialmente en aquellos con hipertensión leve o lábil.

f) Genética

Los niveles de presión arterial representan una característica familiar, pero no se ha hallado un patrón genético evidente, según observaciones encontradas en gemelos idénticos y gemelos monocigóticos. El marcado riesgo familiar para enfermedades cardiovasculares debe considerarse en forma concomitante.

g) Edad Predominante

La hipertensión arterial esencial (primaria, benigna, idiopática), se inicia generalmente entre los 20-30 años y se incrementa la incidencia con la edad. Mientras mayor un sujeto, más extensa y severa es la enfermedad arteriosclerótica. Sin embargo en términos de expectativa de vida, una persona joven con la misma elevación de la presión arterial, tiene una condición más seria.

h) Sexo predominante:

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino (los hombres tienden a tener PA más alta que las mujeres, pero lo que es más importante tienen un riesgo de enfermedad cardiovascular, significativamente mayor para una PA dada).

i) Antecedentes familiares :

Historia de muerte prematura de un familiar ó hermano por complicaciones debido a la hipertensión arterial, tales como embolia, fallo renal ó falla cardiaca congestiva, indica

que un paciente con presión arterial limitrofe o moderada, progresará a un estado más severo.

j) Obesidad

Se han reunido pruebas suficientes para sugerir que los factores dietéticos, en combinación con los genéticos, desempeñan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión arterial en el hombre.

Muchos pacientes incluyendo los hipertensos leves, que son tratados con fármacos y que no obtienen beneficio cardíaco alguno de los tratamientos farmacológicos, buscan con más avidez los tratamientos dietéticos y otras medidas no farmacológicas con la esperanza de aumentar los beneficios que pueden obtener de ellos, disminuyendo a la vez los costos y los riesgos.

El exceso de peso corporal o índice de masa corporal (peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros cuadrados) de 27 ó más, está estrechamente relacionada con aumento de la presión sanguínea. El depósito de exceso de grasa en la parte superior del cuerpo (visceral ó abdominal), evidenciado por la circunferencia de la cintura de 34 pulgadas (85 cm) o más en mujeres o 39 pulgadas (98 cms) o más en hombres, también ha sido asociado con el riesgo de hipertensión, dislipidemia, diabetes y mortalidad por enfermedad coronaria.

Una reducción modesta de peso (10 lbs o 10% del peso inicial) produce una reducción temprana y significativa de la presión sistólica y la presión diastólica, que persiste por debajo del nivel aún cuando el paciente recupere peso y que es comparable al uso de dosis bajas de un medicamento hipotensor.

Por lo ya expuesto, todos los pacientes hipertensos, que están por encima de su peso ideal, deben iniciar un plan individualizado para monitorear y controlar su peso, incluyendo la restricción calórica y el incremento de la actividad física. Las recaídas son comunes y desalentadoras, pero la persistencia es premiada con la reducción de múltiples factores de riesgo cardiovascular y una disminución del tratamiento con drogas antihipertensivas.

k) Moderación de la ingesta de alcohol

La ingestión excesiva de alcohol es un importante factor de riesgo para la presión arterial alta y puede causar resistencia a la terapia antihipertensiva y es un factor de riesgo para un accidente cerebrovascular. Debe tomarse una historia detallada del consumo actual de alcohol. Aquellos que ingieren bebidas con contenido alcohólico, deben ser aconsejados de limitar su ingesta diaria a un máximo de una onza (30 ml) de etanol. Debido a que las mujeres absorben más el etanol que los hombres y las personas con menor peso, son más susceptibles que las personas de más peso a los efectos del alcohol, estos grupos debieran limitar su ingesta a un máximo de 0.5 onzas (15ml) de etanol por día.

l) Exceso de sodio en la dieta

El sodio en la forma de clorhidrato de sodio o sal de mesa, está asociada a los niveles de la presión arterial. Las respuestas individuales de la presión arterial a las variaciones en la ingesta de sal difiere ampliamente entre los grupos. Africanos americanos, personas de edad, y pacientes hipertensos o diabéticos, son más sensitivos a los cambios en la ingesta de sodio de lo que son otros en la población general.

Datos epidemiológicos demuestran una asociación positiva entre la ingesta de sodio y el nivel de la presión arterial, Stamler et. al. (1996). Un meta análisis de ensayos clínicos revela que la reducción de 75 a 100mmol en la ingesta de sodio, disminuye la presión arterial durante períodos de varias semanas a varios años. Follman (1997) Estos efectos son mayores en personas de edad y en aquellos con hipertensión arterial, Matthew et. al. (1996). Aunque han surgido inquietudes, en cuanto a la restricción de sodio, en un estudio observacional, Madhavan et. al. (1995), no hay evidencia de que la disminución de la ingesta de sodio, presente ningún riesgo. Más aún, una variedad de estudios controlados y observacionales sugieren de que una dieta moderada en sal, está asociada con otros efectos favorables sobre factores como la habilidad de reducir la necesidad de medicamentos antihipertensivos, reducción en la depleción de potasio debido a diuréticos, posible regresión del crecimiento ventricular izquierdo y protección contra la osteoporosis y cálculos renales mediante la reducción en la excreción urinaria de calcio, Grimm et. al. (1993).

(m) Ingesta de Potasio

La ingesta de alimentos ricos en potasio protege contra el desarrollo de la hipertensión y mejora el control de la presión arterial en pacientes hipertensos. Una ingesta inadecuada de potasio puede incrementar la presión arterial. Debe mantenerse una ingesta diaria de aproximadamente 50 a 90 mmol por día preferiblemente de fuentes naturales de alimentación como las frutas y los vegetales, Obarzanek et. al. (1997).

(n) Ingesta de calcio

En la mayoría de los estudios epidemiológicos, la baja ingesta de calcio está asociada a una alta prevalencia de hipertensión, Elliott et. al. (1995). Un incremento en la ingesta de

calcio puede bajar la presión arterial en algunos pacientes hipertensos, pero el efecto general es mínimo, Cutler et. al (1996).

ñ) Ingesta de magnesio

Aunque algunas evidencias sugieren una asociación entre ingesta dietética baja de magnesio y la presión arterial alta, Caggiuta et. al (1997), ningún dato convincente en la actualidad, justifica recomendar un incremento en la ingesta de magnesio, en un esfuerzo de disminuir la presión arterial.

o) Grasas

La dislipidemia es un factor de riesgo mayor e independiente para la enfermedad coronaria, de aquí que la dieta y el tratamiento farmacológico, son de importancia en el tratamiento anti-hipertensivo. En estudios aleatorios controlados, las variaciones del total de grasa en la dieta y de la proporción de grasas saturadas e insaturadas, tuvo un pobre o efecto nulo sobre la presión arterial, Grupo de Investigación colaborativa para la prevención de la Hipertensión Arterial (1992).

p) Cafeína

La cafeína eleva la presión arterial intensamente. La tolerancia al efecto presor se desarrolla rápidamente y ninguna relación directa entre la ingesta de cafeína y la elevación de la presión arterial, se ha encontrado en las encuestas epidemiológicas Caggiuta et. al (1997).

q) Otros factores

Aunque estudios epidemiológicos recientes han mostrado una relación inversa entre dietas proteicas y la presión arterial, ningún efecto consistente se ha demostrado, Villetti et. al. (1996), Elliott et. al. (1996). Ensayos controlados variando la proporción de

carbohidratos, ajo o cebolla en la dieta, no han demostrado efectos sobre la presión sanguínea.

5.1.3. Factores Psicosociales asociados a la Hipertensión Arterial Primaria

La hipertensión arterial ha sido reconocida como un factor de riesgo de importancia y la terapia médica anti-hipertensiva, ha disminuido las tasas de morbi-mortalidad. Sin embargo, persisten problemas sin resolver en relación al origen, desarrollo y cronicidad de la hipertensión arterial. La ampliación de investigaciones , incluyendo los aspectos sociales y psicológicos han mejorado la comprensión de factores que influyen en la enfermedad, elevando los métodos de tratamiento a niveles óptimos.

a) Estrés

El estrés emocional puede elevar agudamente la presión arterial. La Organización Mundial de la salud (OMS, 1986) ha reconocido el importante papel que puede desempeñar el estrés en esta alteración cardiovascular, sin embargo ha subrayado la dificultad de cuantificar esta influencia en el desarrollo de esta enfermedad. En cualquier caso, existen múltiples datos que ponen de relieve la relación entre situaciones que podemos calificar de estresantes y la elevación de la presión arterial.

Así por ejemplo se ha observado que los procesos de urbanización y aculturización pueden provocar incrementos notables de la PA. En un estudio de Harburg, Erfurt, Chape, Hamenstein, Schull y Schork (1973), se descubrió que aquellos sujetos que vivían en áreas urbanas muy estresantes, definidas por su alta densidad de población, bajo

estatus socio-económico, alta morbilidad y altas tasas de separación matrimonial , mostraban una presión arterial más elevada que aquellos otros que habitaban en zonas de bajo estrés.

Los trabajadores que requieren una vigilancia constante o conllevan una responsabilidad extrema pueden tener un efecto adverso sobre la presión arterial. Un ejemplo bastante conocido es el de los controladores aéreos, en el estudio de Cobb y Rose (1973) se observó una prevalencia de hipertensión cuatro veces mayor en estos trabajadores que en otros trabajadores aéreos de menor responsabilidad. Además las tasas más elevadas correspondían a los controladores que trabajaban en los centros en los que había una mayor densidad de tráfico aéreo. Unos años antes, Kasl y Cobb (1970) habían observado que tras el despido y durante el período de desempleo, la PA de un grupo de trabajadores se incrementaba y permanecía elevada, si bien, posteriormente, tendía a normalizarse, sobre todo entre aquellos que volvían a encontrar un trabajo permanente. También el ruido industrial puede constituir otra forma de estrés, habiéndose encontrado una elevación ante esta variable y elevaciones agudas de la PA y de la resistencia periférica, Andren, Hansson, Björkman y Jonsson (1980).

Otra línea de investigación de interés es el estudio de la respuesta al estrés de sujetos con historia familiar de hipertensión , en los cuales se ha encontrado una reactividad al estrés más elevada que la reactividad de los sujetos sin antecedentes familiares de hipertensión arterial.

El rol de las técnicas para el manejo del estrés, en el tratamiento de pacientes hipertensos es incierto. Terapias de relajación y de retroalimentación han sido estudiados en múltiples estudios controlados con pocos efectos en relación a los observados en el

grupo control Montfrans et. al. (1990). Un estudio en Africanos Americanos, mostró un descenso significativo en la presión sistólica y diastólica, en el periodo de tres meses Schneider et. al. (1996). Sin embargo la literatura disponible no sostiene el uso de terapias de relajación para la terapia definitiva o la prevención de la hipertensión.

(b) Tabaco

El fumar es un factor de riesgo poderoso de la enfermedad cardiovascular, por lo que evitar cualquier forma de tabaco es esencial. Una elevación significativa de la presión arterial acompaña a cada cigarrillo que se fuma. Aquellos que continuen fumando, no gozarán de la protección contra las enfermedades cardiovasculares, que brinda la terapia antihipertensiva Greenberg et. al. (1987). Los beneficios cardiovasculares de abandonar el hábito de fumar, puede observarse en el plazo de un año, en todos los grupos de edad Departamento de Salud y Servicios Humanos, U.S. (1990). Las bajas concentraciones de nicotina empleadas en los programas de ayuda para cesar de fumar, no elevan la presión arterial, de allí que pueden ser aplicadas con consejería apropiada e intervención conductual, Comans et. al. (1996).

(c) Inactividad física

La actividad aeróbica regular-adeuada para lograr un nivel moderado de condición física puede fortalecer la reducción de peso, el estado funcional de salud, reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y todas las causas de mortalidad, Paffenbarger et. al. (1993), Kokkinos et. al. (1995).

La presión arterial puede reducirse con actividad moderada e intensa (40 a 60% máximo de consumo de oxígeno), como caminar intensamente durante cuarenta y cinco

minutos, la mayoría de los días de la semana, Departamento de Salud y Servicios Humanos, U.S. Actividad Física y Salud (1996).

d) Tipo de personalidad

En atención a la personalidad del paciente hipertenso, hay referencias frecuentes a los conflictos interpersonales entre los impulsos agresivos y los sentimientos de dependencia. Alexander (1951) describió como la hipertensión estaba relacionada con los deseos de expresión de enemistad, mientras que por otro lado existía la necesidad por conductas pasivas y adaptativas. Sus estudios fueron seguidos por otros, que consideraban la estructura de personalidad de estos pacientes. Su conducta social se caracterizó por ser sobre-adaptada, tratable, orientada al logro, pasividad, evitación de conflicto, la cual es marcada por restricción de los efectos positiva y negativamente.

Investigaciones han demostrado que la percepción de conflicto y estrés en pacientes hipertensos está alterada en relación a los normotensos. Baer et. al. (1991), dirigieron su atención a la interacción familiar indirecta, investigando la conducta conflictiva en familias de padres hipertensos. Consideraron la familia como una unidad clínica y utilizaron el enfoque general de sistemas en la formulación de las siguientes hipótesis: La estructura de personalidad de un miembro de la familia (conflicto de impulsos de agresividad y dependencia de los hipertensos) afecta la interacción de toda la familia.

Las conclusiones sobre los aspectos de la dinámica familiar de este estudio fueron las siguientes: en cada familia algunas reglas surgen entre padres e hijos para enfrentar los conflictos. En familias con padres hipertensos, los niños aprenden métodos menos efectivos para enfrentar y encontrar soluciones. Esto se evidencia por el predominio de estilos de comunicación no verbal negativos en dichas familias : ejemplo, no responder,

aislarse, evitar el contacto ojo a ojo. Una variedad de estudios indican la limitada percepción de conflictos y tensión y la evitación de conflictos, que se correlaciona con el inicio de la Hipertensión. Tales patrones de conducta son aprendidos durante el proceso de socialización de la familia con padres hipertensos.

El patrón de interacción familiar es marcado por un conjunto de formas de comunicación, incluyendo las formas de comunicación no verbal : observar, controlar y restringir actividades sociales, como los de información o participación espontánea. Kröger y Pertzold (1991).

e) Factores socio-económicos

El estado socio-económico es difícil de analizar, sin embargo denota el estilo de vida y la cantidad de estrés al cual está sujeta una persona, el estado general de salud y otras perspectivas. No hay una clara indicación de que el estado socioeconómico bajo, conlleve a la Hipertensión o que incremente la mortalidad cardiovascular.

5.1.4. Fisiopatología de la Hipertensión esencial o primaria

Los factores que controlan la presión arterial son primordialmente el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica total. Los mecanismos fisiopatológicos primarios que expliquen la elevación de la presión arterial en los individuos que van a desarrollar una hipertensión arterial (primaria), son todavía motivo de estudio e investigación. Algunos autores consideran que hay una primera causa que aumenta la resistencia periférica, posiblemente de origen neurohormonal central. Otros se inclinan por factores humorales

y hormonales que aumentan el volumen intravascular y por lo tanto, el gasto cardíaco como factor inicial, en ambos casos existe un aumento del trabajo cardíaco. En el proceso hipertensivo ocurren alteraciones fisiopatológicas que afectan el sistema nervioso simpático adrenérgico, al riñón, al sistema renina-angiotensina y a otros diversos mecanismos endógenos, humorales y hemodinámicos, Organización Mundial de la Salud (1962).

5.1.5. Adhesión al Tratamiento

La adhesión al tratamiento es el comportamiento de un paciente, congruente con las indicaciones médicas dadas, en términos de asistir a las citas de control, ingerir sus medicamentos y realizar cambios en su estilo de vida.

La no adhesión al tratamiento es la ausencia de dicha conducta y no debe confundirse con terapia inadecuada. A menudo, el pobre control de la presión arterial es considerado como una falla del paciente de seguir el tratamiento indicado, cuando en realidad el paciente no ha recibido una adecuada terapia.

En otros casos, un adecuado tratamiento es indicado de tal forma que es extremadamente difícil que el paciente pueda cumplir. Finalmente, el paciente ingiere sus medicamentos en la forma indicada, pero no obtiene el control adecuado, debido a un factor secundario. Aunque la no adherencia al tratamiento es la causa más común del fracaso de la terapia antihipertensiva, una ingesta excesiva de sal en la dieta, ingesta sostenida de alcohol, la insuficiencia renal progresiva, la hipertensión renovascular y

otras causas de hipertensión secundaria también son condiciones responsables de resistencia a la hipertensión.

La conducta de adherencia a tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial, fue estudiada durante el mes de Febrero de 1992 en Singapore por Lim-To, Ngah-BA et. al. en 168 pacientes. La adherencia al tratamiento fue medida mediante el método de conteo de medicamentos. La prevalencia de no adhesión hacia al medicamento fue de 26%. Trece variables fueron examinadas y asociadas con la adhesión : edad, sexo, duración de la hipertensión, a partir del diagnóstico, adecuado control de la hipertensión, la complejidad del régimen farmacológico y los efectos secundarios de la droga, historia de admisiones previa por razones asociadas a hipertensión, conocimiento del paciente sobre las complicaciones de la hipertensión, las creencias del paciente en relación a la droga, uso del tratamiento tradicional para la hipertensión, actitud fatalística del paciente y el soporte social y la satisfacción con los servicios de atención en salud. Ninguna de estas variables fueron significativamente asociadas a la adherencia al tratamiento (p mayor de 0.05), excepto adecuación de la presión sanguínea.

El auto reporte de los pacientes fue comparado con el conteo de medicamentos, como una medida de adhesión al medicamento, pero fue pobremente predictivo de la no adhesión (sensibilidad = 71%, especificidad = 50%). Una relación inversa fue encontrada entre la no adhesión con medicación y la subsecuente suspensión del tratamiento. Pacientes que se quejaban de las indicaciones, permanecían en tratamiento y viceversa. Como una medida a la adherencia a la droga, la detección de suspensión se comparó satisfactoriamente con el conteo de medicamentos (sensibilidad = 97%, especificidad 66%, valor predictivo positivo de 89% y valor predictivo negativo de 88%).

En Noviembre de 1992, Heurtin-Roberts-S y Reisin - E, publicaron un estudio titulado "La relación de la influencia cultural sobre los modelos de adherencia al tratamiento de la Hipertensión". En dicho estudio se investigó la relación de las creencias culturales sobre la hipertensión y la adherencia al tratamiento, utilizando las entrevistas semi - estructuradas y el modelo explicativo de Hipertensión sostenido por 60 mujeres negras hipertensas, tratadas en el Hospital Charity en New Orleans. La muestra de pacientes fue seguida durante dos meses, para obtener datos sobre el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo y el control de la presión arterial.

El 53% de la muestra de pacientes reconoció dos modelos básicos de enfermedad hipertensiva : "sangre alta" y "alta presión". El modelo de enfermedad del paciente estaba significativamente relacionado con el cumplimiento al tratamiento con niveles de $p = .01$ y $.001$. El cumplimiento al tratamiento estaba relacionado al control de la presión sanguínea a un nivel de $p = .05$.

Estos resultados indican que la cultura influencia las creencias en salud y son importantes en el cumplimiento o adherencia y consiguientemente en el control de la presión arterial. Se requiere que los médicos comprendan estos problemas, con el objeto de mejorar el manejo de la enfermedad en los pacientes.

a) Normas de Control de la Hipertensión Arterial, según el Programa de Adulto del Ministerio de Salud.

El Sub-programa de Hipertensión del Programa de Salud de Adultos del Ministerio de Salud, consigna como norma de control de la presión arterial las siguientes actividades:

- La toma de la presión arterial y el peso cada vez que acuda el paciente a la consulta
- Anualmente realizar los siguientes exámenes de laboratorio :
 - a) Urinálisis
 - b) Hemograma
 - c) Nitrógeno de Urea
 - d) Creatinina
 - e) Perfil Lipídico
 - f) EKG
 - g) Rayos X de tórax
- Cambios de los hábitos y estilos de vida
- Asistir a las citas de control,, con el médico tratante, mínimo siete consultas, si es paciente nuevo, si es paciente subsecuente 4 consultas/cada tres meses.

Otras normas generales consignan las actividades que a continuación enunciamos:

1. Medición anual de la presión arterial a todas las personas mayores de 20 años.
2. Investigar por Hipertensión Arterial a la población adulta en riesgo especial :
 - Obesos, Vida sedentaria
 - Antecedente de Toxemia Gestacional
 - Tabaquismo, Uso de alcohol y otras drogas
 - Elevada ingesta de sodio
 - Ocupación y/o convivencia en ambientes estresantes
 - Exposición frecuente al ruido o a factores psicosociales de riesgo
 - Antecedentes familiares de Hipertensión Arterial
 - Empleo de anticonceptivos orales

3. Evaluación multidisciplinaria para programar una atención integral.
4. Realizar un mínimo de tres lecturas de la presión arterial en dos ocasiones o días diferentes bajo condiciones adecuadas y según las técnicas correctas de medición, para considerar hipertenso a toda persona adulta con cifras tensionales mayores de 150 para la presión sistólica y de 90 para la diastólica.

Valga señalar que estas cifras no son consistentes con las señaladas por autoridades y la literatura vigente sobre el tema.
5. Realizar en cada consulta médica, el examen físico con énfasis en el examen de
 - Los ojos, el corazón, el pulmón, el hígado, miembros inferiores (edema, pulsos).
6. Brindar tratamiento individualizado.
7. Considerar los siguientes aspectos, como criterio de terapia:
 - a) Cambio de los hábitos y estilos de vida :
 - Ejercicio regular,
 - Descanso, Control de peso/ control nutricional, bajo consumo de sal, abstinencia de tabaco y de alcohol, reducción de tensiones emocionales
 - Normalización del colesterol y triglicéridos séricos
 - b) Droga (Prevención)
8. Realizar visitas domiciliarias para localizar y seguir los casos objeto de vigilancia especial y detección de necesidades.
9. Desarrollar actividades de educación y promoción al paciente hipertenso, su familia y comunidad.
10. Organizar grupos de hipertensos a fin de fortalecer y facilitar su control.

b) Teorías sobre el comportamiento y la adhesión al tratamiento**Modelo Educativo**

Esta teoría sostiene de que el paciente no posee el conocimiento suficiente sobre su enfermedad y del tratamiento a cumplir y que a través de la educación pueden obtenerse una mejor adherencia al tratamiento. Estudios realizados por Sackett y Haynes en 1976, han demostrado que el incrementar el nivel de conocimiento del paciente, por si solo no resulta en una mejor adherencia o control de la presión arterial. El modelo educativo tiene mérito para tratamientos a corto plazo (menos de dos semanas de duración), pero tiene valor limitado para los tratamientos a largo plazo.

Las técnicas de modificación de conducta incrementan la adhesión al tratamiento, no así la educación al paciente, por sí sola. Un estudio realizado por Taylor y otros en 1981, evidenció resultados típicos. El 50% de una muestra de varones hipertensos, tomada al azar, que iniciaron farmacoterapia, también recibieron orientación sobre Hipertensión Arterial, las consecuencias sobre los órganos blancos, hacia la salud y la esperanza de vida, los beneficios de la terapia, la importancia de ingerir todos los medicamentos y guías para recordar la toma de los mismos. Aunque estos pacientes aprendieron bastante sobre la Hipertensión, no se encontró diferencia en cuanto a la ingesta de medicamentos, en comparación con el grupo de hipertensos que no recibió educación formal.

La educación en salud puede contribuir a la educación del paciente, conllevando a pocas inasistencias a las citas médicas. Un estudio realizado en Ohio, Jordan S. et. al. (1972) evaluaron los efectos de un documental elaborado para explicar los procedimientos clínicos y el tiempo de espera de atención. Se incrementó el

cumplimiento de citas y fue atribuido a una mayor comprensión de las razones del tiempo de espera, los procedimientos de la clínica y lo que hacen los facultativos, mientras los pacientes esperan.

El incremento entre el paciente y los miembros del equipo de atención, promueve la adhesión al tratamiento. Cuando la interacción se complementa con educación en pequeños grupos, la adhesión se incrementa significativamente, mientras que el apoyo familiar produce solo un cambio moderado en la conducta del paciente, Levine DM, (1982).

Integrar al paciente en el proceso de cuidado de la salud, también tiene un efecto positivo. Los pacientes deben ser estimulados a la toma de la presión arterial en casa, para lo cual deberán ser orientados. Perry J (1981) ha mostrado que cuando actividades específicas son identificadas, la adhesión al tratamiento se incrementa.

c) Modelo de Creencias en Salud

En síntesis, esta teoría postula un modelo de comportamiento que predice la probabilidad de ocurrencia de una conducta saludable dada basada en :

- 1) la percepción de amenaza o pérdida de la salud
- 2) creencia de que la indicación dada es eficaz y
- 3) la posibilidad que las barreras para el cumplimiento de la indicación médica podrán superarse.

La implementación de este modelo muestra que tiene valor predictivo, para al menos algunas acciones preventivas y terapéuticas de salud a corto plazo, pero la magnitud de su valor predictivo es moderado.

En Septiembre de 1996 Brown-CM y Segal-R, examinaron la relación entre las creencias sobre la salud y el uso tanto de las medicinas prescritas como los remedios caseros entre grupo de Americanos Africanos y Americanos Blancos hipertensos.. Los datos fueron recolectados telefónicamente en 300 individuos, que habían sido diagnosticados como hipertensos y a los cuales se les había indicado por lo menos un medicamento antihipertensivo. Utilizando el modelo de creencias en salud (HBM) como marco teórico, cuatro hipótesis primaria que consideran la percepción de la severidad, susceptibilidad, beneficios y costos de cada tratamiento, la adherencia al tratamiento y el uso de remedios caseros fueron evaluados. El análisis multivariado de regresión logística indicó que la edad, costo del tratamiento y los beneficios de los remedios caseros, predijeron la adherencia al tratamiento farmacológico. Los predictores primarios del uso de remedios caseros fueron, raza, estado de pobreza, educación, severidad, beneficios y costos de los remedios caseros. Los hallazgos de otros estudios sustentan la sugestión de que las creencias de los pacientes acerca de su enfermedad y la evaluación que hacen de las opciones de tratamiento, deben considerarse cuando se define el plan terapéutico y cuando se da seguimiento a los pacientes.

d) Modelo de Auto - Regulación

Este modelo intenta describir, en el marco de las teorías de aprendizaje social, el rol y el modo de actuar de una persona, cuando se le da una indicación médica. Está integrada por los siguientes componentes : (1) obtener información del ambiente, (2) generar una representación del daño que puede producirle la enfermedad (3) planeación y actuación (a) imaginando respuestas alternas para manejar el problema y (b) tomar acciones selectivas para lograr efectos específicos y (4) monitorear los modos de enfrentar las situaciones afecta el problema y a si mismo. De acuerdo con esta teoría, el individuo es la suma total de las experiencias vividas y sus acciones son predecibles bajo la integración de experiencias previas con las condiciones actuales. Esta teoría es útil no en predecir conductas, pero sí en la explicación del comportamiento.

e) Modelo de Aprendizaje Conductual

El modelo de aprendizaje conductual provee una explicación poderosa de por que las personas se adhieren al tratamiento y como puede mejorarse este aspecto. La teoría de aprendizaje operante, originalmente desarrollada por Skinner, sugiere que la conducta es sólo el resultado de señales ambientales y reforzadores, Reporte del Grupo de Trabajo del Instituto Nacional de Sangre, Pulmones y Corazón de los Estados Unidos (1982). Recientemente teorías cognitivas de aprendizaje o teorías de aprendizaje social han sido desarrolladas para integrar la interacción entre los eventos sociales y la percepción que la persona tiene de ellos.

Esta teoría se diferencia de la teoría de aprendizaje operante en dos vías importantes. Primero, sostiene que la interpretación que hace el individuo de su ambiente, determina que es o no gratificante para él. Lo que significa el reforzamiento para el individuo es lo que determina si el refuerzo positivo es considerado como un premio y el refuerzo negativo como un castigo.

Segundo, la teoría de aprendizaje social postula de que el posible enseñar al paciente cuando y como responder, sin brindar reforzamientos para la ejecución de la respuesta, especialmente a través del modelaje de la conducta, es decir, la observación de que alguien ejecuta la conducta deseada.

La imitación será mayor si el modelo es percibido como :

- (1) poseer atributos deseables, tales como prestigio y poder,
- (2) es similar al paciente en importantes y diferentes formas.

De allí que, un profesional de la salud con creencias, valores y cultura similar al paciente a una población determinada genera respuestas deseadas en el paciente .

f) Medición de la Adherencia al tratamiento

La determinación de la adherencia al tratamiento requiere de la aplicación de métodos de medición exactos y de la disponibilidad de los mismos.

f.1) Cumplimiento de citas :

El cumplimiento de citas es crucial y provee el contacto necesario para la implementación de otros modos de activación del paciente, definidas por el profesional de salud. Esta herramienta barata y de rápida medición no es tan obvia, como podríamos

pensar, ya que en la práctica clínica no se definen las citas de seguimiento o se falla anotar el cumplimiento de dichas citas. Desafortunadamente el cumplimiento de citas, no siempre es indicativa de adhesión a otros componentes del tratamiento.

f.2) Juicio clínico

Este método de evaluar la adhesión al tratamiento es intuitivamente atractiva para el clínico y de fácil aplicación, pero se ha demostrado repetidamente de que los clínicos no pueden predecir la confiabilidad del cumplimiento del tratamiento de los pacientes, aun cuando se sientan confiados de sus predicciones, Mushlin et. al. (1977). Los clínicos deberían evitar depender de sus impresiones subjetivas en el seguimiento de cumplimiento del tratamiento.

f.3) El auto reporte de los pacientes

Cuando se le pregunta directamente sobre el cumplimiento del tratamiento, los pacientes tienden a sobre-estimar la cantidad de medicamentos que han ingerido, Haynes R et. al. (1980). Sin embargo cerca del 50% de los pacientes que no cumplen admitirán haber olvidado tomar algunos medicamentos. El obtener esta información de una manera no amenazante incrementará estos reportes y su validez.

Aunque los síntomas físicos asociados a las fluctuaciones de la presión arterial han sido reportados por los pacientes, Reed et. al. (1982) y Kochar, F. (1979), los mismos han sido ignorados tradicionalmente por los profesionales de la salud, porque asumen que la hipertensión es una enfermedad asintomática.

f.4) Conteo de píldoras

El conteo de píldoras, es un estimado grueso de la supuesta ingesta de medicamentos. Mientras mayor sea el tiempo entre la visita del paciente, más inexacta es el conteo, ya

que los pacientes coleccionan los residuos de otras recetas despachadas y los envases de los medicamentos. Los pacientes no cumplidores del tratamiento traerán a consulta algunas de las píldoras o no traerán las píldoras, o ajustarán el número de píldoras que deberían tener si hubiesen cumplido el tratamiento o no asistirá a la cita. En el general el conteo de píldoras brinda un mejor estimado del cumplimiento del tratamiento que los métodos biológicos, pero es menos exacto que el auto-reporte de los pacientes.

La validez de seis métodos indirectos para evaluar la adherencia al tratamiento en Hipertensión Arterial, de fácil de aplicación en la práctica clínica, se implementó en un estudio prospectivo basado en dos visitas a las casas de los pacientes, en un Centro de Salud de Calpe, Alicante, por Pineiro-F, Gil-V, Donis-M y otros, en Abril de 1997. Ciento setenta y cuatro pacientes (58 hombres y 116 mujeres, fueron incluidos) y escogidos al azar de los registros de pacientes hipertensos.

En cuanto a las medidas y los resultados, la adherencia al tratamiento fue evaluada por el método de conteo sorpresivo de los medicamentos en las casas de los pacientes. Pacientes que tenían 80 a 110% de cumplimiento fueron considerados como adheridos al tratamiento. Los seis métodos indirectos que fueron validados fueron los siguientes:

1. auto comunicación de cumplimiento , 2. cumplimiento de citas, 3. evaluación o juicio del médico tratante, 4. información sobre la enfermedad, 5. control de la hipertensión arterial y la prueba de Morisky-Green. La información sobre la enfermedad fue el valor predictivo más sensitivo (81.8%) , la auto comunicación alcanzó el más alto grado de especificidad (93.4%), el mejor valor predictivo (81.8%) y el mejor índice de concordancia (kappa, 0.26). En conclusión la información sobre la enfermedad y la auto - comunicación de cumplimiento son los métodos con los mejores indicadores de validez

y puede usarse en conjunto para evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la Hipertensión.

f.5) Medición del nivel sanguíneo de la droga

La medición del nivel sanguíneo de la droga no es un procedimiento disponible de rutina para las drogas antihipertensivas. Sin embargo los niveles plasmáticos de droga, tales como la digoxina puede determinarse e indirectamente medir el grado de cumplimiento de la terapia antihipertensiva, cuando el paciente ingiere tales drogas.

El asumir la covarianza , la variabilidad del nivel plasmático y los costoso del procedimiento son factores limitantes de este método en determinar la adherencia del tratamiento.

f.6) Control de la Hipertensión Arterial

Un control inadecuado de la presión arterial es debido a la pobre adherencia al tratamiento o a una inadecuada terapia, mientras que un control adecuado de la presión arterial se correlaciona fuertemente con la adherencia del paciente al tratamiento, el diagnóstico correcto de hipertensión arterial y la medición exacta de la presión arterial. (tomar en cuenta la utilización correcta del esfigomanómetro en la medición de la presión arterial).

g) Variables que afectan la adhesión al tratamiento

g.1) Factores del paciente - Sociodemográficas

Morisky y otros, 1982 demostraron que a pesar de que los ancianos padecen más enfermedades crónicas, más complicaciones secundarias a la Hipertensión y reciben terapias más complicadas que pacientes jóvenes expuestos a la misma intervención

experimental, tiene un porcentaje mayor de cumplimiento de citas y ninguna diferencia en los niveles de presión arterial, durante el control y seguimiento durante dos años.

El problema es que cada variable (ejm. edad, ingreso, raza, religión), están estrechamente relacionadas con otras variables. Por ejemplo la edad refleja diferencias en el ingreso, estrés, disponibilidad de tratamiento para cumplir con las indicaciones médicas y otros factores.

g.2) Nivel de conocimientos sobre Hipertensión

Un estudio realizado por Taylor y otros en 1981, mostró resultados típicos. La mitad de un grupo de hipertensos varones que iniciaron terapia farmacológica, recibieron docencia sobre que es la hipertensión arterial, cuáles son sus efectos sobre los órganos blancos, salud y esperanza de vida, los beneficios de la terapia, la importancia de ingerir los medicamentos y cómo recordar el tomar los medicamentos. A pesar de que el grupo recibió considerable información sobre hipertensión arterial, no se encontró mayor diferencia en la ingesta de medicamentos en relación al resto del grupo que no recibió educación formal.

La educación en salud puede contribuir a la satisfacción del paciente e inducir al cumplimiento de citas. La interacción del paciente con el equipo de salud, promueve la adherencia al tratamiento. Cuando esta interacción se combina con la educación en grupos pequeños la adherencia se incrementa significativamente. Perry ha demostrado que cuando actividades específicas son identificadas la adhesión al tratamiento, también se incrementa, de allí la necesidad de dar indicaciones precisas, por ejemplo, debe decirse usted debe caminar una milla diariamente, en lugar de decir,; usted debe hacer más ejercicios.

No importa cuan entusiasmado esté un paciente para seguir las indicaciones, no las podrá realizar, lo que no sabe como hacer y no puede generalizar su conocimiento, sino comprende el por que de su tratamiento.

g.3) Efectos secundarios de la terapia

Estudios sugieren que los efectos adversos de la terapia, infrecuentemente contribuyen a la no adhesión al tratamiento en la terapia antihipertensiva. Sólo el 7% de pacientes en un estudio realizado por Caldwell et. al. (1979), señalaron a los efectos adversos de la droga como la causa de la suspensión de la terapia.

Sólo el 15% de los pacientes en un estudio realizado por Green et. al. (1975), reportó un solo efecto adverso, mientras que el 6% reportó más de un efecto adverso.

El estudio de Podell's de pacientes hipertensos, realizado en 1976, indicó que la mayoría de los individuos experimentaron en alguna ocasión efectos secundarios, pero muchas de las reacciones fueron moderadas. El estudio realizado en una comunidad afluyente, sub-urbana y educada, señaló a los factores médicos y no a los factores asociados a los medicamentos, como elementos que contribuyen al pobre control de la presión arterial y a la suspensión del tratamiento.

En 1978, Foster y otros, exploraron los efectos de las drogas antihipertensivas sobre el comportamiento y incluyeron preguntas sobre la conducta sexual en el Cuestionario sobre estilos de vida. Los efectos adversos más comúnmente reportados fueron, hipotensión postural, debilidad, somnolencia e impotencia.

Neuman y Moses, 1979, investigó las creencias públicas y la concepción equivocada sobre los beneficios y riesgos de la terapia antihipertensiva. Sólo el 28% de los 200 sujetos fueron tratados con guanetidina y 20% con methyldopa (ambas drogas se

conocen porque condicionan a problemas sexuales). Por lo menos 60% de los sujetos consideraban que los agentes antihipertensivos contribuyeron a la impotencia sexual. No se reportaron preocupaciones sexuales en los pacientes del sexo femenino.

Una comparación del funcionamiento sexual de pacientes hipertensos y no hipertensos, mostró una baja calidad de las experiencias sexuales en aquellos que ingerían antihipertensivos. El uso de regímenes complejos de medicamentos fue asociado con la percepción de bajo rendimiento sexual. Aunque ambos sexos creyeron en la eficacia del Programa, los varones percibieron más problemas sexuales. Para muchos la creencia de que la droga inducía problemas sexuales y la necesidad de mantener un óptimo nivel de funcionamiento sexual fue asociado con menos adherencia al tratamiento.

Razones para discontinuar el tratamiento han sido citadas en un estudio realizado por Cummings y otros. De los 43 pacientes de este grupo, 39.5% reportó de que se sentían bien sin ingerir medicamentos, 20.9% reportó que habían suspendido el tratamiento porque se había agotado los medicamentos o las prescripción médica había vencido y el 11.9% reportó haber suspendido el tratamiento, porque los medicamentos eran muy costosos. 17% respondió abandonar el tratamiento, debido a los efectos secundarios del medicamento y sólo el 4.7% reportó abandonar el tratamiento porque tenían inconvenientes en ingerir los medicamentos. Los restantes no manifestaron una razón específica.

Razones de no ingerir los medicamentos en la forma indicada fue señalado por 113 personas, debido a que olvidaron tomar sus medicamentos por lo menos en una ocasión. Las razones más comunes incluyen: olvidar tomar los medicamentos (58%), estar lejos de

casa (39%), deseos de ver como se sentían sin ingerir los medicamentos (39%), se sentían bien sin tomar los medicamentos (39%). Unos pocos dieron más de una razón, de aquí , que el % se elevó a más del 100%. Sólo el 13% de aquellos que manifestaron haber alterado el régimen de tratamiento prescrito, reportaron el costo de los medicamentos como el causante, mientras que el 24% del grupo, mencionó los efectos secundarios del tratamiento, como la causa de la no adhesión al tratamiento.

g.4) Suministro de Medicamentos

Muchos factores determinan si un paciente ingerirá sus medicamentos en la forma prescrita. Entre ellos tenemos, el costo, la rotulación correcta del medicamento, la disponibilidad de guías para ingerir el medicamento, el medicamento en sí y su envase.

El costo del medicamento antihipertensivo, especialmente si el paciente está bajo un régimen múltiple puede ser prohibitivo. Si el tratamiento es costoso, el paciente ingiere parcialmente sus medicamentos o lo toman con menor frecuencia de la indicada, para asegurar su disponibilidad. Intervenciones para corregir esta situación son:

1. Uso de drogas genéricas
2. Preguntar al paciente si el costo del tratamiento farmacológico está dentro de sus límites presupuestarios,
3. Ofrecer al paciente la oportunidad de abastecerse del medicamento varias veces durante un mes o un suministro mensual, JAMA, (1979).

g.5) Dosis de los medicamentos

La dosificación de los medicamentos no es fácilmente aceptada por los pacientes. Es juzgada ya sea por su eficiencia y/o legitimidad. También son evaluados más sobre bases sociales que médicas.

h) La familia y la enfermedad hipertensiva

La mayoría de los pacientes tienen familias con los cuales comparten la toma de decisiones y las consecuencias de la enfermedad. En realidad, el apoyo de la familia cuando algún miembro está enfermo es tan común, que su ausencia es motivo de preocupación.

h.1) Impacto de la enfermedad en la familia

El concepto de que la familia funciona como un sistema es esencial para entender el impacto que la enfermedad tiene sobre el sistema familiar y a la inversa a la familia como promotora de enfermedad de enfermedades en sus miembros. La enfermedad en uno de sus miembros produce un desequilibrio del sistema familiar y se requerirá un reajuste para que la familia pueda seguir cumpliendo con sus funciones básicas

El ciclo de la salud y enfermedad familiar, diseñado por Doherty y Cambell (1988), describe las fases que experimenta una familia al sufrir problemas de salud, partiendo del hecho que desde antes de conformarse la unión, hay ciertos comportamientos relacionados con la salud que inciden en que ciertas personas tiendan a constituirse en parejas.

El ciclo consta de cinco etapas que a continuación se detallan :

1. Promoción de la salud familiar y reducción del riesgo

Existe el consenso de que la mayoría de los patrones de comportamiento en cuanto a la salud son aprendidos y mantenidos dentro de las familias, por ejemplo, hábitos como el fumar o ingerir bebidas alcohólicas son usualmente aprendidos dentro del núcleo familiar.

Enfermedades como la hipertensión son de carácter familiar, si observamos éstas familias tienden a ser obesos, sedentarios y consumen dietas con alto contenido de sal.

2. Vulnerabilidad familiar a la enfermedad

Varios investigadores han demostrado que en el ámbito familiar se origina mucho estrés que conduce a cambios fisiológicos asociados con el aumento en la incidencia de enfermedades. La escala de Holmes y Radhe, elaborada en 1967, en la cual se toma en cuenta la esfera familiar, social y laboral, como fuentes diarias de estrés, consta de 43 puntos y se proponen 15 eventos en ella como causales principales de estrés, de estos 15 eventos por lo menos 10 provienen de la esfera familiar.

3. Apreciación de la enfermedad por la familia

Según las investigaciones de Doherty y Cambell en 1988, las familias tienden a crearse su propia epidemiología de la enfermedad basándose en sus experiencias previas con ciertas enfermedades y con el personal de salud, además influyen en el nivel educacional. Es decir, la forma en que la familia se enfrenta a la crisis, dependerá de como lo han hecho en situaciones anteriores.

4. Respuesta inmediata de la familia ante la enfermedad

Las investigaciones revelan que la reacción inmediata de una familia a una enfermedad de inicio agudo como el infarto del miocardio, es mantenerse unida, pero a medida que se manifiestan los cambios impuestos por la enfermedad sobreviene una crisis.

La enfermedad generalmente es experimentada por la familia como una agresión al sistema familiar que produce una pérdida del equilibrio y que requiere de reajustes compensatorios.

Una enfermedad muy seria produce en el individuo y su familia pérdida de la sensación de invulnerabilidad que tiene todo ser humano a la enfermedad, incluso a la muerte.

5. Adaptación de la familia a la enfermedad crónica

La mayor parte de las familias tienden a ajustarse a la fase aguda de la enfermedad, lográndose una cooperación efectiva que responda a la situación causal de la crisis, sin embargo, cuando el proceso se torna crónico se pueden presentar problemas, como consecuencia del reajuste familiar necesario para responder a las necesidades del miembro enfermo. Muchos sistemas familiares se tornan conflictivos ante una enfermedad crónica, cuando la responsabilidad del enfermo recae sobre un sólo miembro, esto produce desgaste, frustración, agresividad e incluso enfermedad en éste miembro al constituirse en el paciente escondido. Puede darse el caso de maltrato hacia el enfermo, cuando la persona encargada de sus cuidados, se siente muy tensa o cansada por el exceso de responsabilidad.

Estudios sobre el rol de la familia en la adherencia al tratamiento sugieren que la familia tiene un efecto poderoso terapéuticamente. Morisky y otros en el Hospital de Johns Hopkins realizaron un estudio controlado al azar para determinar el impacto de la participación de la familia en el control de la hipertensión por un periodo de cinco años. Una encuesta indicó que el 70% de los pacientes expresaron el deseo de que sus familiares aprendieran más sobre su enfermedad. Varios grupos de pacientes fueron visitados en sus hogares y un miembro de la familia, usualmente la esposa, se le informaba y/o educada en Hipertensión. Cuando fue comparado con el grupo control, estos pacientes inasistieron a pocas citas de control, tenían un mejor control de su presión

arterial y la mortalidad disminuyó en un 57%. Hoebel trabajó con las esposas de pacientes cardíacos difíciles, quienes no modificaban los factores de riesgo (fumar, dieta, falta de ejercicio y comportamiento tipo A). El estudio mostró a las esposas como sus comportamientos estaban manteniendo la conducta de alto riesgo de sus cónyuges y les enseñó que podían hacer ellas para modificar dichos comportamientos. Con sólo haber atendido a las esposas, siete de nueve pacientes cardíacos modificaron sus conductas de alto riesgo.

La mejor investigación sobre familia y enfermedades cardiovasculares es el estudio prospectivo similar al estudio de Framingham, realizado por el Proyecto de Enfermedades Cardiovasculares Isquémicas de Israel. Medalie y colaboradores siguieron en 10000 sirvientes civiles, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y encontraron que problemas familiares era un fuerte predictivo para el desarrollo de angina como cualquier variable fisiológica, incluyendo presión arterial, niveles de colesterol y electrocardiograma. En hombres con gran ansiedad, el amor y el soporte de su cónyuge fue un factor protector para el desarrollo de angina. Esto no afectó a hombres con baja ansiedad, lo que sugieren el efecto amortiguador del soporte familiar.

Varios estudios han mostrado una relación entre el soporte familiar y la adherencia a diferentes regímenes terapéuticos. Como parte de un ensayo de un fármaco para disminuir los niveles de colesterol, Doherty fue capaz de demostrar una correlación entre conductas específicas de la esposa y la adherencia del esposo a la ingesta de fármacos. Estos comportamientos incluyeron, mostrar interés en el Programa y recordarle sobre la dieta e ingesta de medicamentos. Los regañones en cuanto a los medicamentos y la dieta fue negativamente correlacionado con la adherencia al tratamiento. Las creencias de las

esposas en cuanto a lo beneficioso del tratamiento y la susceptibilidad del esposo de riesgo por el colesterol elevado se correlacionaba con su apoyo.

Estudios sobre Hipertensión, Diabetes y Obesidad, han indicado la relación entre soporte emocional y la adhesión a regímenes de tratamiento. En conclusión los hallazgos sugieren que las intervenciones de soporte, incluyendo la provisión de información médica, soporte emocional, cuidados de niños y la movilización o transporte, pueden ayudar a reducir la no adhesión.

Saldaña, Abelardo en 1982 realizó un estudio sobre la Influencia de los Factores Psicosociales sobre la presión arterial en pacientes hipertensos, con el propósito de relacionar diversos factores psicosociales y los conflictos intra-familiares con el control de la hipertensión arterial y como afectan éstos, la adhesión al tratamiento. Para tal efecto 100 pacientes hipertensos escogidos al azar, que se controlaban en la consulta externa de Medicina Familiar de la Policlínica del Hipódromo, fueron divididos en dos grupos, de acuerdo a su grado de adherencia y se les aplicó por igual tres evaluaciones diferentes (el Apgar familiar, la evaluación psicológica funcional y la escala de readaptación social de Holmes), cuyos resultados reflejaron que el grupo con buena adherencia al tratamiento, presentaron menos incidencia de síntomas de naturaleza psicológica y psicosomática y menor incidencia de conflictos intra-familiares.

5.2. Actitudes

De los manuales de psicología surgidos en los últimos 20 años, destacamos las siguientes definiciones de actitud :

1. "Un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos emocionales y tendencias en favor o en contra en relación con un objeto social"

Krech, Crutchfield y Ballacher (1962);

2. Ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente " Secord y Backman, (1964),

3. "Una disposición a actuar cuando aparecen las circunstancias" Brown (1965),

4. "Es el resultado de la combinación , en un silogismo, de una premisa constituida por una creencia y de otra constituida por un valor. Las actitudes son, esencialmente, valores derivados de otros valores, que son más básicos o que fueron internalizados con anterioridad en el proceso de desarrollo" Jones y Gerard (1967);

5. "Una colección de cogniciones, creencias y opiniones y hechos (conocimiento), incluyendo las evaluaciones (sentimientos) positivos y negativos, todos relacionándose y describiendo a un tema u objeto central " Freedman, Carlsmith y Sears (1970) ;

En síntesis las actitudes son variables intercurrentes, directamente inferibles de hechos observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera que incluye un componente afectivo en favor o en contra de un determinado objeto, y que predispone a la acción.

a) Las estructuras cognoscitivas y su interrelación con los comportamientos

El entendimiento de la forma como los aspectos cognoscitivos se relacionan con las actitudes o comportamientos, es posible, gracias a los elementos que la estructuran.

En base al marco propuesto en 1960, por Rosenberg y Hovland o por Triandis (1971), nos permitimos plantear que las actitudes y en caso de materializarse estas en conductas o comportamientos, se sustentan en base a dos componentes: lo cognoscitivo y lo emotivo-afectivo.

a.1) El componente cognoscitivo

Para que exista una actitud en relación a un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.

En el campo de la salud, el entendimiento y análisis de la influencia del comportamiento en la adquisición y promoción de comportamientos saludables, resulta fundamental ya que permite explicar y predecir la conducta, sea individual, familiar o colectivo. Entre las manifestaciones cognoscitivas de tipo psicosocial más frecuente que guardan relación con la salud, podemos mencionar las siguientes:

a.1.1) Mitos

Son formas explicativas en base a estructuras de ficción o mágico religiosos sobre cómo se origina la enfermedad y/o cual es su fisiopatología. Estas manifestaciones son aprendidas en base a condicionamientos y modelos transmitidos tradicional y generacionalmente.

a.1.2) Creencias

Es la convicción o ideas de ficción, tradicional y culturalmente aprendidas y condicionadas sobre la influencia de cómo la presencia de ciertos fenómenos reales o consecuencias de ciertas prácticas afectan o se relacionan con la salud-enfermedad.

a.1.3) Prejuicios o estereotipos sociales

Consiste en establecer juicios o decisiones de modo generalizado a partir de una experiencia o situación particular, debido a que conllevan una fuerte carga emocional o significado especial para la persona. Existen prejuicios sociales, raciales, religiosos, políticos, culturales, psicosociales, etc.

a.1.4) Valores

Consideramos que es un valor cuando de un conjunto de situaciones o estímulos se establece una jerarquía, de acuerdo a las preferencias personales o significado de estas para la persona. Los valores están muy vinculados a comportamientos que implica responsabilidad y ética. También determinan comportamientos de riesgo para la salud.

a.1.5) Los roles

Son situaciones cognoscitivas culturalmente condicionados que establecen comportamientos, responsabilidades, deberes y derechos de las personas de acuerdo a su género, edad, ubicación en el núcleo familiar.

(b) El componente afectivo

Para algunos, el componente afectivo, definido como el sentimiento en favor o en contra de un objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes sociales. En esto las actitudes difieren , por ejemplo, de las creencias y las opiniones que, aunque muchas veces se integren a una actitud provocando un afecto positivo o negativo en relación a un objeto y creando un a predisposición a la acción, no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva.

(c) El componente conductual :

Las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales.. Sin embargo, no existe unanimidad en lo que se refiere al papel psicológico desempeñado por las actitudes en relación a la conducta a ella íntimamente vinculada.

Para Newcomb, las actitudes humanas son capaces de propiciar un estado de atención que al ser activado por una motivación específica resulta en una determinada conducta, a su vez, Krech y Crutchfield, Smith, Bruner y White, y Katz y Stotland, ven en las actitudes la propia fuerza motivadora de la acción.

Las actitudes sociales crean un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación activadora específica resulta en una conducta.. Debido a este carácter instigador de la acción cuando la situación es propicia, las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta manifestada.

Según las teorías psicosociales conocidas como teoría de la congruencia, Festinger (1957), Heider (1958), los tres componentes de las actitudes deben ser internamente congruentes, pero es necesario entender que las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten, así como el modo en que a ellas le gustaría comportarse en relación a un objeto actitudinal. La conducta no se encuentra sólo determinada por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, o sea, normas sociales, por lo que ellas generalmente han hecho, o sea, hábitos y por las consecuencias esperadas de su conducta .

El hecho de que poseemos actitudes en relación a ciertos objetos sociales y a ciertas situaciones en las que ellos se encuentran involucrados, explica ciertas incongruencias aparentemente existentes entre la actitud y la conducta. Por lo tanto podemos concluir, según, Newcomb, Turner y Converse (1965), que la conducta es la resultante de múltiples actitudes.

5.2.1. Actitudes, valores y motivación :

Los valores son categorías generales dotadas también de componentes cognoscitivos, afectivos y de elementos capaces de predisponer una determinada conducta, lo que difiere de las actitudes por su generalidad. Unos pocos valores pueden encerrar a una infinidad

de actitudes. La característica de generalidad de los valores y de especificidad de las actitudes, hace que una misma actitud pueda derivarse de dos valores distintos.

La actitud es un proceso psicológico capaz de distorsionar la correspondencia existente entre estímulo y lo percibido. Poseer determinadas actitudes influye sobre nuestra manera de percibir la realidad. Cuanto más ambiguo es el estímulo, mayor será el papel desempeñado por las actitudes del receptor en su representación cognoscitiva.

Las actitudes constituyen un elemento indispensable para la comprensión del fenómeno psicológico de la motivación y un papel relevante en el proceso de aprendizaje.

En Marzo y Abril de 1992, el Modelo de Fishbein de Acción Razonada, Ajzen & Fishbein (1980) fue probada en una población hipertensa. La intención fue hipotetizada de afectar el comportamiento de cumplimiento o de adherencia de pacientes hipertensos y de mediar el efecto de otras variables. La actitud y las creencias percibidas de otros y la motivación de cumplimiento al tratamiento fueron hipotetizadas de afectar directamente las intenciones e indirectamente afectar el comportamiento de cumplimiento, al ser mediados por la intención. Cincuenta y seis hipertensos nuevos diagnosticados, completaron la medición de las variables, seis meses después de su egreso y de haber recibido indicaciones médicas.

El análisis demostró que el Modelo de Fishbein es suficiente para las indicaciones dietéticas, el fumar, el ejercicio y el estrés, pero no es efectiva para la medicación.

Los hallazgos indicaron que el comportamiento de cumplimiento está directamente influenciada por la intención, que a su vez está condicionada por la actitud y la motivación de cumplir e indirectamente por las creencias percibidas de otros, mediada por la motivación de cumplir con las indicaciones dietéticas, el ejercicio, el no fumar y el

control del estrés. La actitud y la motivación para cumplir directamente influenciaba el régimen de cumplimiento de la prescripción de medicamentos.

5.3. Comportamientos

La Psicología como ciencia de la conducta, define el comportamiento, en su sentido más amplio, como cualquier proceso o actividad humana o animal que puede observarse y medirse objetivamente (observarse o medirse de una manera que sea razonablemente libre de juicios de valor, preferencias personales y prejuicios, para que los observadores imparciales estén de acuerdo con la descripción).

Los comportamientos son el conjunto de hábitos que tiene una persona para llevar a cabo las actividades cotidianas. Constituye cualquier actividad de una persona, independientemente de su estado de salud real o de su propia percepción del mismo, encaminada a fomentar, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Los comportamientos son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de salud pública, sirven de base para intervenciones preventivas y terapéuticas, aplicables hasta en las sociedades más pobres.

El comportamiento está fuertemente vinculado al bienestar desde todos los puntos de vista. Hoy en día se podrían prevenir en el mundo grandes sufrimientos si se introdujeran cambios sistemáticos en el comportamiento. Según una publicación del Banco Mundial del año de 1993, de la proporción de la discapacidad vinculada al comportamiento, presente hoy en el mundo, se estima que las enfermedades cardíacas representan el 3.2 % de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad.

Aproximadamente un tercio de la carga mundial de morbilidad puede prevenirse fácilmente mediante cambios en el comportamiento. Entre estos cambios están los

relacionados a una mejor nutrición para prevenir las enfermedades cardiovasculares. El punto que se sostiene es que los comportamientos tienen una influencia profunda en la salud, algunos de ellos tan directos como empezar a fumar o dejar de hacerlo, decidir qué comer y cuando. Todas estas conductas están influenciadas por la pobreza, la situación de impotencia y las creencias imperantes.

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "modos de vida". La expresión implica que, al igual que, los modos de vestirse, la persona es "libre" de escoger lo que le plazca. La gente perteneciente a las clases media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben. Las opciones de los que viven en la pobreza, inclusive la educación recibida, están en cambio fuertemente restringida por la limitación de sus recursos. El comportamiento está tan arraigado en los contextos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social. Su dependencia de las variaciones individuales es solamente marginal.

La capacidad de la gente para decidir qué hacer para proteger una salud y afrontar la enfermedad está limitada por los recursos sociales a su disposición. Entre esos recursos están los conocimientos locales, las redes de comunicación y los modos de actuar aprobados culturalmente, lo mismo que el ingreso disponible, la educación y los servicios existentes. En modo alguno se puede decir que esos comportamientos son simplemente el resultado de creencias.

Los contextos locales van a determinar que algunas opciones relativas a la salud sean más asequibles y otras menos para determinadas personas. Las orientaciones culturales

frente a los riesgos y el sufrimiento, influidas por las diferencias de género, clase social, edad y religión, crean diversos tipos de expectativas sobre la salud y su atención. La gente despliega patrones característicos de conducta en relación a la salud y la enfermedad como resultado de su interacción con las instituciones sociales. Por ejemplo, en un área de rápida industrialización, los cambios en la alimentación puede ser causa de trastornos cerebrovasculares y enfermedad coronaria.

Algunas intervenciones en el comportamiento pueden basarse en los modelos clásicos de modificación de la conducta, y otras pueden ser en forma de prescripción médica como si los cambios de comportamiento fueran análogas al tratamiento, sin embargo, también se requiere intervenir en la definición de políticas económicas, en las estructuras sociales y en los procedimientos del sector salud.

Los comportamientos que constituyen un riesgo para la salud varían desde los de ocurrencia común y no obstante riesgosos (por ejemplo, no lavarse las manos), hasta los que son la elección de algunos en una sociedad dada (por ej. fumar cigarrillos) o los que son de por sí patológicos en cualquier sociedad y son asumidos por unos cuantos individuos (por ejemplo embriaguez crónica y persistente). Entre los comportamientos arriesgados también están otros que son consecuencia de los modos de vida sedentarios.

De acuerdo con el Centro para el control de Enfermedades de los Estados Unidos de América, cerca del 60% de la población adulta de ese país informó, en encuestas realizadas en 1991, que su actividad física en el tiempo libre era poca o nula, conducta que se estima aumenta el riesgo de las enfermedades del corazón, Centros de Control de Enfermedades (1993).

5.3.1 Tabaquismo: un riesgo mortal relacionado con el comportamiento

El hábito de fumar pone en peligro la salud de toda la comunidad también existen riesgo para los no fumadores, por los efectos de la inhalación pasiva de humo. A pesar de que el hábito de fumar se interpreta generalmente como producto de la libre elección (se argumenta que nadie está "forzado" a fumar y que todos los fumadores están "libres" de dejar de hacerlo), la situación es mucho más compleja. Por ejemplo, el nivel de educación y la clase social son importantes predictores de la posibilidad de que una persona ha de fumar. A mayores número de años de educación, mayores ingresos y más alta posición social, menores son las probabilidades de que la persona se convierta en fumadora.

En el Cuadro XVIII, pág. 76, se comparan las tasas de definición entre no fumadores, ex - fumadores y fumadores asiduos en un estudio de 40000 médicos británicos, de género masculino, seguidos durante cuarenta años, demuestra cuán perjudicial es el hábito de fumar para la salud Sharp (1993). En el estudio se demuestran claramente los beneficios que reporta dejar de fumar y los riesgos de continuar haciéndolo.

CUADRO XVIII CAUSAS DE MUERTE RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO EN MÉDICOS BRITÁNICOS DEL GÉNERO MASCULINO (POR 100000 POR AÑO)

Causa de defunción	No F.	Ex. F.	F.A.	F.A. >25	F.A.>25/ No F.
Enf. cardíaca isquémica	553	661	870	999	1.8x
Enf. cerebrovascular	249	273	371	441	1.8x
Otras enf. cardio-vasculares	201	221	310	402	2.0x
Neumonía	73	87	134	161	2.2x
Cáncer del Pulmón	14	58	205	347	24.8x
Enf. obstructiva crónica del pulmón	10	56	124	218	22.0x

Nota: No F.= No fumador, Ex. F. = Ex fumador, F.A= Fumador asiduo, F.A.>25 = más de 25 cigarrillos diarios.

Fuente: adaptado de Sharp, 1993,486.

5.3.2. Comportamientos alimentarios.

Qué y cuándo comemos está determinado por fuerzas sociales. El comer depende del acceso a los alimentos, de las prácticas culinarias de la sociedad en que se vive, de las creencias locales sobre el valor nutritivo de los alimentos y de la elección personal.

En condiciones ordinarias los ingresos determinan la disponibilidad de alimentos, los pobres consumen sólo los alimentos más baratos, que por lo común son los menos completos. Aún en los casos en que los alimentos nutricionalmente satisfactorios están disponibles (por ejemplo el pescado), pueden ser desdeñados por una cierta comunidad.

El acto de comer está sujeto a estrictos controles sociales. Muchas culturas tienen tabúes alimentarios estrictos, con consecuencias importantes para la salud. Por ejemplo, algunos alimentos se consideran impropios para los niños o para las mujeres solteras, pero en cambio pueden considerarse esenciales para los hombres. Con la modernización, los alimentos importados suelen tomar precedencia frente a los tradicionales.

Una aspecto nocivo de la conducta alimentaria en todo el mundo es el consumo cada vez mayor de grasas animales, estimulado por la prosperidad. Las enfermedades cardiovasculares relacionadas con ese régimen alimenticio son la principal causa de muerte en los países industrializados, situación que se está haciendo cada vez más frecuente en otras partes del mundo. En los países de Europa Oriental, donde se continúa usando excesivamente grasas animales y sal en la alimentación, en combinación con ejercicio insuficiente y el hábito de fumar, han aumentado las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, en los Estados Unidos, en cambio, las tasas han bajado 30% Uemura y Piza (1988).

Los niveles de lípidos en la sangre en Europa Oriental han aumentado progresivamente, en cambio han declinado en los Estados Unidos, donde las campañas de salud pública han reducido el consumo de grasas, promoviendo el ejercicio, disminuido el tabaquismo y aumentando el tratamiento de la hipertensión, Johnson et. al. (1993).

5.3.3. Comportamientos saludables y malsanos

Los comportamientos saludables son los que la persona sana observa con de fin de mantener la salud y prevenir enfermedades futuras. Un ejemplo de comportamiento malsano sancionado culturalmente es el consumo de una dieta rica en sal por personas con hipertensión arterial, para quienes es dañina.

5.3.4. Comportamiento en la enfermedad

Un tema de gran importancia para todos los servicios de salud en el mundo es el referente al grado en que los pacientes obedecen las recomendaciones terapéuticas. La adhesión a las indicaciones es asunto de importancia particular en la atención de los pacientes que sufren de enfermedades crónicas. Cuando la afección es aguda y, por ejemplo, una inyección solamente (como en algunas ETS) o una simple intervención quirúrgica (por ej. apendicectomía) bastan para curarla, no se requiere nada del paciente, salvo permitir la intervención inicial. Sin embargo en el tratamiento de la hipertensión arterial, el paciente no sólo debe aceptar el inicio del tratamiento, sino su continuación, independientemente del costo, la incomodidad y los efectos secundarios. Aun así, los beneficios del tratamiento no se hacen evidentes hasta semanas o meses después y las consecuencias para la salud de no seguirlo puede no manifestarse hasta después de transcurridos semanas o meses, como la enfermedad silenciosa, llamada Hipertensión.

A no ser que los trabajadores de la salud estén bien conscientes de la importancia que tiene el indagar sobre el cumplimiento del tratamiento, el comportamiento del paciente que no toma las medicinas les puede pasar desapercibido. El problema es importante en todas las circunstancias en que se administren cuidados de salud. Cabe destacar que el problema no ha recibido la atención que merece en el adiestramiento de los trabajadores de salud de todo nivel, Roter y Hall (1992).

El cambio de los comportamientos habituales es empresa hartamente difícil. Para emprender la ardua tarea de desaprender lo aprendido y adquirir nuevos conocimientos, hay que persuadir a la persona de que el riesgo para la salud de las conductas malsanas es substancial y que el nuevo comportamiento recomendado pagará altos réditos en términos de reducción de ese riesgo. Los materiales educativos que se empleen a estos efectos deberán tener en consideración las prácticas y creencias locales a fin de que se ajusten a las metas de la comunidad.

5.4. La educación sanitaria sobre Hipertensión Arterial

Los tratamientos actuales y los posibles métodos de prevención de las enfermedades cardiovasculares pueden exigir una considerable alteración en los hábitos y del régimen de vida de los individuos, es importante que se informe al público sobre la naturaleza del problema. A fin de asegurar una educación sanitaria apropiada convendrá estudiar las ideas predominantes entre la población acerca de las enfermedades cardiovasculares, su evolución y sus supuestos factores etiológicos. Una educación sanitaria mal enfocada puede engendrar estados de ansiedad totalmente injustificados e incluso predisponer a los pacientes a ocultar sus síntomas. El principal objetivo de la acción sanitaria debe ser persuadir a la población de que se someta voluntariamente al examen médico durante los periodos peligrosos.

Un estudio de Medicina Familiar, realizado por Bakx -JC, Stafleu - A, van-Staveren-WA y otros, mide el efecto a largo plazo de las indicaciones dietéticas. Se utilizaron datos del Proyecto de Monitoreo de la Práctica Familiar de Nijmegen. Una parte de este estudio es el seguimiento después de 17 años, de un ensayo en 1977, de las indicaciones dietéticas dadas a pacientes hipertensos o pacientes con historia familiar de enfermedades cardiovasculares prematuras. En el grupo de estudio, 840 pacientes recibieron educación en salud, cada dos meses durante un año, por enfermeras entrenadas. El grupo control estaba integrado por 497 pacientes con riesgos coronarios similares, los cuales recibieron cuidados sanitarios usuales. Un año después de la intervención, un descenso significativo en el colesterol plasmático y en la presión sanguínea, se encontró en el grupo participante.

Para 1995, la evaluación a través de exámenes de laboratorio, no evidenció diferencias en factores de riesgo coronarios entre los dos grupos. La presión arterial había descendido, más en el grupo control y el porcentaje de fumadores había igualmente disminuído en ambos grupos. Tampoco había diferencias significativas en la ingesta de grasa, ni en el tipo de grasas. La falta de diferencias persistió aun cuando los grupos fueron divididos en aquellos con concentración de colesterol plasmática, mayor y menor de 6.5 mmol/L.

Una segunda parte del estudio fue determinar en 1995, la relación entre el estado de cambio en la ingesta de grasa en la alimentación. Se encontró que aquellos en el estado cinco (cambios deseados y sostenidos de su conducta), obtuvieron la ingesta más baja de grasa saturada. Desde 1977 ambos grupos han sido tratados de igual forma aun si tienen diagnóstico de Hipertensión Arterial. Los dos grupos no han sido tratados diferentemente en relación a las indicaciones dietéticas desde 1977.

a) Aspectos educativos

Para el establecimiento de un Programa de control de la hipertensión arterial es necesario contar con la participación de la comunidad, debido a la característica especial que tiene este trastorno, de no presentar manifestaciones clínicas que causen la necesidad de consultar sino en su forma tardía.

b) Participación de la comunidad en el control de la hipertensión

Las experiencias en los países donde se llevan acabo Programas efectivos, han demostrado la utilidad de llevar a cabo actividades intensas de información y educación de la comunidad. Este enfoque además de tener éxito en relación al control de la hipertensión ofrece la oportunidad de educación integral en lo relativo a la prevención de las enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares. La filosofía está basada en el apoyo de la comunidad y en empleo de sus líderes naturales para proporcionar una atención mejor a los pacientes.

c) Organización de Grupos

Con el objeto de facilitar el desarrollo de las actividades educativas dirigidas a los pacientes y sus familiares se deben organizar grupos o clubes de hipertensos.

Organizando a los pacientes en grupos, se fortalece el apoyo psicológico y emocional mutuo que les ayuda a permanecer bajo tratamiento y control. También se promueven modificaciones de conducta en la familia que ayuda al control de los factores de riesgo cardiovascular. Los grupos favorecen el desarrollo de actividades preventivas primarias: recreativas, ejercicio físico, control de peso, cambio de hábitos dietéticos (sal, grasas saturadas, carbohidratos refinados), forma de vida, hábito de fumar y alcohol.

Para el logro de cambio de actitudes y aún más, de modelos de conducta, es necesaria la aplicación de una metodología que tenga como base la investigación del comportamiento, las actitudes y el interés de la población en la cual se actúa.

La participación activa de la comunidad tiene por objeto facilitar la provisión adecuada de tratamiento a los pacientes. En este sentido, los grupos y líderes pueden organizar fondos de medicamentos, cooperativas, con el fin de ayudar a los pacientes.

Dentro de las funciones y actividades que deberá llevar a cabo el personal auxiliar en el nivel primario de atención, se destacan las relacionadas con la educación del paciente y su familia.

d) Adiestramiento de personal

La capacitación de personal es básica para desarrollar programas de control de enfermedades cardiovasculares y en especial de hipertensión arterial, porque se requiere que el personal de salud involucrado adquiera el enfoque epidemiológico y administrativo del problema. También debe contemplarse la educación continua para distintos tipos de personal: médico general, especialistas, personal de enfermería, asistentes sociales, promotores de salud, entre otros.

5.5 Propuesta del Investigador

La adhesión al tratamiento es uno de los aspectos de la evaluación de la eficacia de las intervenciones clínica, que no son tomados en consideración ya que se desestima la importancia de la educación y los factores psicosociales en el cumplimiento de las indicaciones médicas. En cierta medida la relación de poder y de autoridad del médico, limitan la comprensión del rol a ejercer en la socialización del conocimiento, la evaluación de la actitud del paciente ante la enfermedad y el tratamiento y el fomento de conductas saludables.

La revisión de la bibliografía disponible sobre este tema, no evidencia ningún estudio realizado en nuestro país en el tema de adhesión al tratamiento de la Hipertensión arterial, por lo que consideramos que el estudio, contribuye a identificar áreas o elementos (del conocimiento, de las actitudes y del comportamiento) que favorecen la adhesión al tratamiento, las cuales deberán ser objeto de normatización en los Programas de atención de pacientes hipertensos.

Los aspectos de las variables a evaluar se describen a continuación:

5.5.1. Áreas de las variables a considerar

a) Conocimiento sobre :

- La enfermedad de hipertensión arterial y sus consecuencias en el ámbito personal, familiar y laboral
- Síntomas y signos probables de presión arterial alta

- Factores que afectan la presión arterial
- Aspectos básicos para el control de la presión arterial (peso, alimentación, recreación, ejercicio, etc.)
- Tratamiento de la Hipertensión arterial (dosis, frecuencia, efectos secundarios).

b) Actitudes hacia :

- la enfermedad
- el tratamiento médico
- El medicamento
- La actividad sexual
- El ejercicio
- La alimentación
- La familia

c) Comportamiento hacia :

- La ingesta de medicamentos
- El cuidado de la presión arterial
- La alimentación
- El peso
- El ejercicio
- Trabajo / Recreación
- Uso de alcohol y otras drogas

- Participación en Grupos Organizados de Pacientes Hipertensos.

5.5.2. Definición de las variables del estudio

Para el desarrollo del estudio hemos considerado las siguientes variables:

a) Variable Principal

Adherencia al Tratamiento

a.1) Definición conceptual

Es el comportamiento de un paciente coincidente con las recomendaciones médicas indicadas (ingesta de medicamentos a la dosis indicada y recomendaciones no farmacológicas: ejercicio, dieta, manejo del estrés otros).

a.2) Definición operativa

1. Pacientes, con antecedentes de hipertensión arterial, cuya presión arterial al momento de la evaluación sea igual ó menor a 140/90.

Se excluyen de este estudio:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, que a pesar de cumplir con las indicaciones médicas, no controlan su presión arterial debido a la prescripción inadecuada de medicamentos, respuesta desfavorable al tratamiento indicado u otros factores.
- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial secundaria, cuya causa se haya identificado y que a continuación enunciarnos:

1. Renal

- **Parenquimatosa**

Glomerulonefritis aguda y crónica

Rinón poliquístico

Hipernefrona

Tumores productores de renina

Nefropatía diabética, gotosa y por hiperparatiroidismo.

Pielonefritis con o sin componente obstructivo

Colegenopatías

Nefritis actínica

- **Renovascular**

Estenosis renal fibromuscular o aterosclerótica

Infarto Renal

Poliarteritis

Aneurisma de arteria renal

Trombosis de arteria renal

- **Traumáticas**

Hematoma perirenal

- **Otras.**

2) Endocrinas y Metabólicas

- **Tiroides**

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo

- Adrenal

Médula suprarrenal

Feocromocitoma y tumores cromafines extraadrenales.

- Corteza suprarrenal

2. Aldosteronismo primario

3) Coartación de la Aorta

- Constricción congénita de la aorta

4) Misceláneos

- Pre -eclampsia - Eclampsia
- Incremento de la presión intracraneal debido a tumores o hematoma
- Estados tardíos de Poliarteritis Nodosa.
- Estado diseminado de Lupus Eritematosa y Escleroderma

b) Variables secundarias**b.1) Conocimientos****Definición conceptual**

Son los aspectos cognoscitivos y de pensamiento, o las categorías perceptivas que definen las características del estímulo y que se expresan con un nombre y que tienen la capacidad de normar o autoregular el comportamiento de las personas.

En otros términos es la información a la que tiene acceso la población sobre la enfermedad y los daños que produce la Hipertensión y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con el control de la presión arterial, las conductas orientadas hacia re-establecer o mantener niveles normales de presión arterial y las conductas de riesgo que predisponen al estado de enfermedad.

Definición operativa

Respuestas dadas por los pacientes hipertensos a preguntas sobre la enfermedad, consignadas en un Cuestionario al respecto.

b.2) Actitudes : (hacia la enfermedad, el tratamiento médico, el medicamento, la actividad sexual, el ejercicio, la alimentación, la familia).

Definición conceptual

Predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto a sus símbolos, Fishbein y Ajzen, (1975), Oskamp (1977).

Definición operativa

Respuestas dadas por pacientes hipertensos a preguntas sobre actitudes hacia la enfermedad, consignadas en un Cuestionario al respecto:

b.3) Comportamiento: hacia la ingesta de medicamentos, el cuidado de la presión arterial, la alimentación, el peso, el ejercicio, el trabajo, la recreación, el uso de alcohol y otras drogas y la participación en grupos organizados de pacientes hipertensos.

Definición conceptual

Constituye cualquier actividad de una persona, independientemente de su estado de salud real o de su propia percepción del mismo, encaminada a fomentar, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Definición operativa

Paciente que cumple con las indicaciones médicas :

- Asistencia a citas de control
- Ingesta de medicamentos (siempre en las dosis y frecuencia indicada).
- Tratamiento no farmacológico indicado
 - Hacer ejercicios
 - Ingerir bebidas alcohólicas moderadamente
 - Comer alimentos bajos en grasas y en sal
 - Realizar actividades recreativas

- No fumar

b.4) Otras variables consideradas

Se considerarán algunas variables que distingan las características personales de los pacientes hipertensos y que a continuación definimos :

Comunidad

Definición conceptual

Lugar de residencia o procedencia del paciente

Definición operativa

Nombre de la Comunidad de residencia del paciente

Edad

Definición conceptual

Tiempo de vida de una persona a la fecha del estudio.

Definición operativa

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de 20 años o más, cuyas edades se consignarán según el intervalo a la cual pertenecen.

Escolaridad

Definición conceptual

Años de estudios alcanzados.

Definición operativa

Los años de estudio alcanzados se clasificarán en primaria, secundaria y universidad

Sexo

Definición conceptual

Se refiere al sexo genérico, sea femenino o masculino.

Definición operativa

Se consignarán en pacientes femenino o masculino

Ingresos**Definición conceptual**

Se refiere al salario que percibe mensualmente una familia.

Definición operativa

Se consignará de acuerdo a los siguientes intervalos (menos de 100, de 100 a 249, de 250 a 399, de 400 a 549, de 550 a 699, de 700 o más).

Estado Civil**Definición conceptual**

Se refiere al estado civil o estado legal de una relación.

Definición operativa

Se clasificará en las siguientes categorías: soltero (a), casado (a), unido (a), divorciado(a), viudo (a).

Número de citas**Definición conceptual**

Número de citas asistidas durante los últimos seis meses para el control de su Hipertensión Arterial.

Definición operativa:

El número de citas asistidas se anotará, según la siguiente clasificación: asistencia a ninguna cita, todas las citas indicadas, de tres o menos citas, de cuatro o más citas.

5.5.3. Hipótesis de trabajo.

- a) Existe relación entre el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos y la adhesión o no al tratamiento
- b) Existe relación entre las actitudes de los pacientes hipertensos y la adhesión o no al tratamiento.
- c) Existe relación entre el comportamiento de los pacientes hipertensos y la adhesión o no al tratamiento

5.5.3.1. Hipótesis Nula

- a) No existe relación entre el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos y la adhesión o no al tratamiento.
- b) No existe relación entre las actitudes de los pacientes hipertensos y la adhesión o no al tratamiento.
- c) No existe relación entre el comportamiento de los pacientes hipertensos y la adhesión o no al tratamiento .

VI. MARCO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

6.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

6.3 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

a) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

6.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.6 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

VI. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudio

La investigación es un estudio descriptivo, ya que sus objetivos se dirigen a conocer el grado de adherencia al tratamiento en un momento dado y su relación con el nivel de conocimientos, las actitudes y el comportamiento de pacientes que padecen hipertensión arterial esencial.

6.2 Descripción del área de estudio :

El estudio se realizó, en la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, la cual es una Unidad del Departamento de Prestaciones Médicas Ambulatorias.

a) Antecedentes Históricos

El origen del actual Hospital Santo Tomás se inicia en el año 1703, cuando el 11 de Abril, el Obispo de Panamá Fray Juan de Argüelles, (Agustino), escribió al rey informándole que había edificado un Hospicio que venía funcionando desde el día de Santo Tomás de Villanueva, 22 de septiembre, para albergar mujeres pobres, pues no tenían donde ser recogidas y le suplicaba que le diese el nombre de Hospital Santo Tomás. Desde Madrid, España, 5 de diciembre , el Monarca Español contestó al obispo, expresando su anuencia

Dicho Hospital Santo Tomás de Villanueva fue establecido en los extramuros de Panamá y ocupaba el área que ahora tiene el solar que da frente al Teatro Variedades

de esta ciudad, según puede apreciarse en el plano que reposa en poder del historiador Don Samuel Lewis.

Con la expulsión de los Jesuitas de Panamá (1767), el Hospital sufrió la falta de cooperación prestada por los insignes hijos de Loyola y con la decadencia comercial del Istmo y las persecuciones, los religiosos se extinguieron lentamente, sin embargo la vida lánguida del Hospital Santo Tomás continuó prestando sus servicios.

En 1819 se inició la fundación de un nuevo Hospital bajo la advocación de Santo Tomás de Villanueva, con el fin de reemplazar el de mujeres del mismo nombre, por el Obispo Fray José Higinio y otros. En 1847 se clausuró este Hospital debido a las persecuciones y la confiscación de bienes a los religiosos iniciadas por el Presidente de la Nueva Granada en 1850 y continuadas en 1861 por el Presidente General Mosquera.

El Hospital Santo Tomás abrió sus puertas pocos años después, con el apoyo de la Asamblea Legislativa del Estado Soberano de Panamá 1854 y 1867, quien destinó fuertes sumas de dinero para la reparación del edificio. En 1887, 1893, 1894, 1899, 1900, 1901, 1902, se adquiere más tierras para extender el Hospital. Para 1893 constaba de las siguientes Salas:

Sala de San Miguel - Medicina - 35 camas

Sala de San Roque - Cirugía - 20 camas

Sala de Santa Ana - Mujeres - 16 camas

Sala de San Luis - Presos - 14 camas.

Existe un nombre íntimamente ligado al Hospital Santo Tomás durante 29 años consecutivos y es el de su médico, el Dr. Manuel Amador Guerrero. Decir el Hospital Santo Tomás, es decir la vida de este galeno desde 1870 a 1899, con todos sus sacrificios, todos sus amores por la humanidad doliente y en fin toda la filantropía de que fue capaz.

Durante la guerra civil colombiana en 1899 a 1902, el Hospital sirvió de Hospital de sangre y al emanciparse Panamá de Colombia (1903), lo encontró en estado deplorable.

Por decreto N° 71 de 17 de octubre de 1905, expedido por la Secretaria de Fomento, se aceptó la orden Ejecutiva del Gobierno de la Zona del Canal, fechada en Ancón el 23 de septiembre de 1905, en la cual se dispuso que el edificio del Hospital Santo Tomás fuese reparado y ensanchado por el gobierno de la Zona del Canal, en la siguiente forma: un edificio principal, una sala de operaciones, habitaciones, departamentos para Hermanas de la Caridad una sección adicional y lavandería.

Conforme a la disposición ejecutiva del Comité Ejecutivo de la Comisión del Canal Istmico, del 14 de junio de 1905, resultó un convenio sobre el nombramiento de una Junta Directiva de cinco miembros por personal del Hospital Santo Tomás. El Primer Superintendente de ese hospital conforme al convenio ya citado debía ser "un ciudadano americano del norte" y para ello se nombró a Dr. Pedro Obarrio, que aunque nacido en Panamá tenía la nacionalidad que se exigía. Fue este doctor quien trajo al hospital enfermeras alemanas y americanas, siendo la primera Superiora Luisa Brakarmier. La Maternidad fue creada por la Ley 24 de 1904, expedida por la Convención Nacional. Por Decreto Ejecutivo 58 del 6 de diciembre de 1908 se reglamentó la Ley 43 de 1903 y

se abrió la Escuela de Obstetricia en dicha Maternidad, cuyo primer Director fue el Dr. Tulio Icaza, a cuya memoria se le dedicó una Sala del Hospital.

El Decreto N° 61 del 14 de diciembre de 1908, organizó los diversos servicios del Hospital y creó la Escuela de Enfermeras, cuyo fundador y primer Director fue el Dr. Alfonso Preciado, panameño.

El Dr. Belisario Porras, Presidente de la República, por medio del Poder Ejecutivo, dictó los decretos números 44, 45 y 46 del 10 de noviembre al 1 de diciembre de 1919, respectivamente, por los cuales ordenó la construcción del nuevo Hospital Santo Tomás, destinado para dar curación y alivio a los enfermos de todas las clases sociales, disponiendo que los gastos de esta obra fuesen cubiertos con los fondos de la Lotería Nacional de Beneficiencia.

Posteriormente se consideró que el más alto cuerpo de la República autorizara esta disposición del Poder Ejecutivo y con ese objeto se dictó la Ley 6 de 1920 de enero en confirmación de tal autorización. La colocación de la primera piedra del nuevo Hospital Santo Tomás en los terrenos del Hatillo tuvo lugar el 15 de noviembre de 1919 por el primer designado del Poder Ejecutivo, Dr. Belisario Porras, magnífico estadista.

La inauguración del nuevo Hospital Santo Tomás se verificó el 1 de septiembre de 1924 por el mismo Dr. Belisario Porras, Presidente de la República y su Secretario Juan Antonio Jiménez. Este acto imponente revistió los caracteres de una fiesta nacional.

Como consecuencia de esta inauguración se operaron varios cambios en el personal del establecimiento, siendo el de mayor importancia la nacionalización del hospital reemplazando al Superintendente Mayor Bacock el Dr. Alfonso Preciado, También las

enfermeras de las salas que ejercían el cargo de jefes, fueron sustituidas por enfermeras nacionales, si bien la enfermera jefa siguió siendo americana. La suma total gastada en la construcción del Hospital Santo Tomás de Villanueva y sus anexos desde el comienzo de la obra hasta el día 30 de junio de 1926 ascendió a B/ 3,494,696.77.

La capellanía del Hospital fue fundado por el Monseñor JUAN JOSÉ MAIZTEGUI, C.M.F. Arzobispo de Panamá, durante el período de 1933 - 1943

a.1) Características Generales del actual Hospital Santo Tomás:

El Hospital Santo Tomás, dispone de los Departamentos, Servicios y Comités, que a continuación enunciamos :

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Servicio de Dermatología

Servicio de Enfermedades Infecciosas

Servicio de Gastroenterología

Servicio de Hematología Especializada

Servicio de Medicina Interna

Servicio de Medicina Interna - Sala 14A y B

Servicio de Nefrología

Servicio de Neumología

Servicio de Psiquiatría

Servicio de Endocrinología

Servicio de Medicina Nuclear

Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia

Servicio de Reumatología

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

Servicio de Cirugía General

Servicio de Cirugía Plástica

Servicio de Cirugía Torácica

Servicio de Cirugía Vascular

Servicio de Neurocirugía

Servicio de Oftalmología

Servicio de Otorrinolaringología

Servicio de Urología

DEPARTAMENTO DE AREAS CRÍTICAS

Unidad de Cuidados Intensivos

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS AMBULATORIAS

Servicios de Urgencias

Unidad de Consulta Externa Especializada

Departamento de Servicios Auxiliares de diagnóstico y atención

Departamento de Banco de Sangre

Departamento de Farmacia

Departamento de Nutrición y Dietética

Departamento de Servicio Técnico

Departamento de Trabajo Social

Servicio de Patología

Servicio de Radiología

Laboratorio de Neuro -Angio -Cardiopatía

Comisiones y Comités

Comisión de Auditoría Médica

Comisión de Desastres

Comisión Técnica para el Manejo del SIDA

Comité de Apoyo Nutricional

Comité de Infecciones Nosocomiales

Comité de Transfusiones Sanguíneas

DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA

DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICOS

6.3. Definición de la población

La muestra estuvo constituida, por 133 pacientes que padecen de Hipertensión esencial, mayores de 20 años (ya que la enfermedad se inicia alrededor de los 20 a 30 años de edad) , que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, durante los meses de Enero a Febrero de 1999.

6.4. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó según la siguiente fórmula (Wayne, 1987) :

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

n = Población total (promedio mensual de pacientes hipertensos que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás)

z= valor z (correspondiente al nivel de confianza)

d= precisión absoluta

p= proporción esperada en la población

Reemplazando los valores :

Tamaño de la población	180
Valor z	1.96
Precisión deseada	5%
Prevalencia esperada	50
Efecto del diseño	1.00
Nivel de confianza	95

El tamaño de la muestra corresponde a 123 sujetos

6.5. Método e Instrumentos de Recolección de los datos

Para efecto de la recolección de los datos se solicitó la anuencia de la Sub-Dirección de Docencia y el permiso necesario para la aplicación de los cuestionarios a las Jefaturas de la Consulta Externa Especializada y del Servicio de Cardiología del Hospital Santo Tomás. Se sostuvieron reuniones previas con la Enfermera de Cardiología de la Consulta

Externa del Hospital Santo Tomás, para explicar los objetivos del estudio, presentar los instrumentos de recolección de datos y coordinar la organización y el apoyo logístico de la actividad.

El método para la recolección de datos fue la aplicación individual de tres cuestionarios, a los pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, durante el mes de Febrero de 1999, la cual fue precedida de la toma de la presión arterial de cada paciente por la investigadora con el apoyo de la Enfermera de Cardiología de la Consulta Externa, de acuerdo a los procedimientos vigentes. El instrumento de recolección de los datos lo constituyeron los Cuestionarios (pág. 167 a 173) que a continuación detallamos:

1. Cuestionario de Conocimientos sobre Hipertensión Arterial, en el cual se interrogó sobre la enfermedad, el tratamiento y el daño o impacto de la enfermedad en la vida personal, familiar y laboral.

Este Cuestionario fue validado en cuanto a la claridad y comprensión de los items en una muestra de veinticinco pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial seleccionada al azar, que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, durante el mes de Enero de 1999. Los resultados de la evaluación conllevaron a la reestructuración del Cuestionario, formulando las preguntas en forma más sencilla y reduciendo el número de opciones de cada respuesta de cuatro a tres.

2. Cuestionario de Actitudes, cuyos items fueron consignados para evaluar la actitud hacia la enfermedad, el tratamiento, la conducta alimentaria y hacia su impacto familiar, social y laboral.

El Cuestionario se creó consignando un elevado número de preguntas o ítems, presentadas en forma de juicio y utilizando la técnica de Rensis Likert. El mismo fue validado, siguiendo los procesos que a continuación se detallan:

a) Validación del Cuestionario de Actitudes

La validación del cuestionario de actitudes se realizó mediante la aplicación del cuestionario a una muestra piloto de 56 sujetos con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, quienes respondieron a los 36 Items del instrumento en su forma original. Los datos obtenidos fueron sometidos a dos procedimientos estadísticos: el **Análisis de Items y la estimación de la confiabilidad interna.**

A continuación se describe el proceso del **Análisis de Items**:

- a) Se asignó una puntuación a las respuestas de cada sujeto a cada Item, de la siguiente manera: calificación de (1) a las respuestas *de acuerdo*; calificación de (2) a las respuestas *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*; calificación de (3) a las respuestas *en desacuerdo*; calificación de (0) a las respuestas *en blanco*
- b) Los datos obtenidos se colocaron en una tabla de Excel 36 x 56.
- c) Se obtuvo la **puntuación total de cada Item**, correspondiente a las respuestas de los 56 sujetos a cada Item. Denominado variable "X".
- d) Se obtuvo la **puntuación total de cada sujeto**, correspondiente a las respuestas de un sujeto a los 36 Items. Denominado variable "Y".
- e) Se calcularon 36 Coeficientes de Correlación producto-momento de Pearson (r). Se estimó la relación entre los valores obtenidos por cada Item y las puntuaciones totales de cada sujeto. (Variable X1, X2, X3, X4 X36 por Variable Y).

- f) Cada coeficiente de correlación de Pearson r fue comparado con el punto crítico 0.26, correspondiente a un nivel de significancia de 0.05 para contrastes de dos colas.
- g) Los Items del cuestionario cuyo coeficiente de correlación Pearson r , era igual o superior a 0.26, fue considerado validado.
- h) De los 36 Items originales, 16 obtuvieron coeficientes de correlación significativos al nivel 0.05.
- i) De los veinte (20) Items que resultaron con coeficientes de correlación significativos al nivel 0.05, cuatro (4) tenían valores entre 0.21 y 0.24..

Luego del Análisis de Items, se procedió a la verificación de la **Consistencia Interna del cuestionario**, o sea, su fiabilidad interna. A continuación se hace una descripción del proceso:

- a) Los 16 Items validados por el Análisis de Items y los 4 adicionales con coeficientes de Pearson entre 0.21 y 0.24, para un total de veinte(20) Items, fueron seleccionados para formar parte de la versión final del cuestionario de actitudes. Los 16 Items restantes fueron descartados.
- b) A estos veinte Items se les calculó el coeficiente Kuder Richarson 21, para estimar la fiabilidad del cuestionario, utilizando la siguiente fórmula:

$$KR_{21} = \frac{(K)}{K-1} \frac{(1 - \{S^2_i\})}{S^2_t}$$

K= Número de items

S^2 = Varianza

T = total

i = Items seleccionado

El resultado fue evaluado como significativo o no, para determinar la confiabilidad del Cuestionario.

- c. Se obtuvo un coeficiente Kuder Richarson de 0.81.
- d. El coeficiente de fiabilidad obtenido se interpreta como significativo, y en consecuencia, la versión final del cuestionario de actitudes posee consistencia interna, por ende, es confiable.

3. Cuestionario de Comportamientos, el cual constó de preguntas relativas a los comportamientos saludables y no saludables hacia la enfermedad y su tratamiento.

El Cuestionario fue validado con su aplicación a una muestra piloto de veinticinco pacientes para evaluar su claridad y comprensión. El resultado de la evaluación produjo la eliminación de dos de los diecisiete items. El puntaje total se redujo a quince puntos.

Para efecto de la medición se consideró comportamiento saludable, aquellos pacientes que obtuvieron un puntaje igual o mayor a once respuestas positivas y comportamiento no saludable un puntaje menor o igual a diez respuestas positivas.

6.6 Aspectos Administrativos

Se utilizaron las áreas físicas y los instrumentos de medición de la presión arterial y para la implementación del estudio se contó con el apoyo del personal técnico - administrativo, entre ellos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería , de las Clínicas de Cardiología, Diabetes y Clínica del Empleado, Técnico de Electrocardiograma y personal del Departamento de Registros Médicos y Estadística, de la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás.

a) Recursos Financieros

Un total aproximado de B/1,200.00 se utilizó en la ejecución del estudio, el cual se detalla, según rubro a continuación:

CUADRO XIX COSTO TOTAL ESTIMADO DEL ESTUDIO

RUBRO	COSTO
Reproducción de material didáctico	B/ 50.00
Uso de Internet	B/ 25.00
Fotocopias y encuadernación	B/275.00
Papelería y material de impresora	B/200.00
Apoyo de Secretaria	B/ 200.00
Combustible	B/ 50.00
Empastado y edición final	B/400.00
Total	B/1200.00

6.7. Plan de Análisis

Para la tabulación y presentación resumida de los datos, se agruparon en función del tipo de variable, en escalas ordinales, nominales y de razón.

Los datos fueron analizados estadísticamente de acuerdo a los objetivos y las hipótesis planteadas en el estudio.

Para la medición de la variable principal, la cual es cualitativa, se utilizó una escala nominal y se describió en términos de frecuencias y porcentajes.

Las variables que distinguen las características personales de los pacientes hipertensos, se agruparon de la siguiente manera :

Edad

Se agrupó en intervalos y descrita en términos de frecuencia relativa y estadísticamente por medio del promedio y la desviación estándar. Los intervalos fueron los siguientes:

20 - 29

29 - 39

40 - 49

50 - 59

60 y más

Escolaridad

Se clasificó en intervalos y se describió en términos de frecuencia relativa y mediana. Los intervalos fueron los siguientes :

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Universitaria

Sexo

Esta variable cualitativa se medirá en escala nominal y se describirá en términos de frecuencia absoluta.

Ingreso

Se describirá en términos de frecuencia relativa, mediana y su desviación estándar. Los intervalos serán los siguientes:

Menos de 100	400 a 549
100 a 249	550 a 699
250 a 399	700 y más

Estado Civil

Se clasificará en las siguientes categorías :

Soltero (a)	Casado (a)
Viudo (a)	Unido (a)
Divorciado (a)	

Esta variable cualitativa se medirá en escala nominal y se describirá en término de frecuencia relativa.

Número de citas

Esta variable se agrupó, según el número de citas asistidas de la siguiente forma :

Asistencia a ninguna cita

De tres o menos citas

Cuatro o más citas

6.7.1 Cruce de variables consideradas

- Nivel de conocimiento / Adherencia al Tratamiento.
- Actitudes / Adherencia al Tratamiento
- Comportamientos/Adherencia al Tratamiento
- Edad/Adherencia al Tratamiento
- Sexo/Adherencia al Tratamiento
- Estado civil/Adherencia al Tratamiento
- Escolaridad/Adherencia al Tratamiento
- Ingreso/Adherencia al Tratamiento
- Número de citas asistidas/Adherencia al Tratamiento
- Tiempo de control/Adherencia al Tratamiento

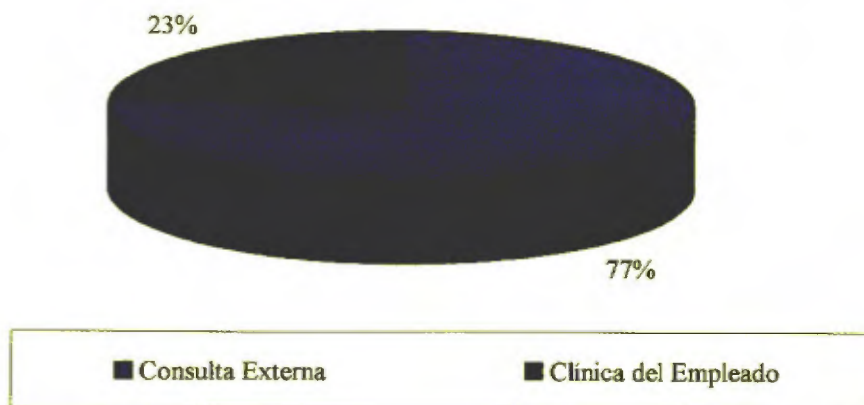
Para la sistematización de datos y el análisis estadístico se utilizó el Programa de Epi Info, versión 6.

VII. RESULTADOS

1. Análisis de los resultados

a) Descripción de las características de los sujetos encuestados:

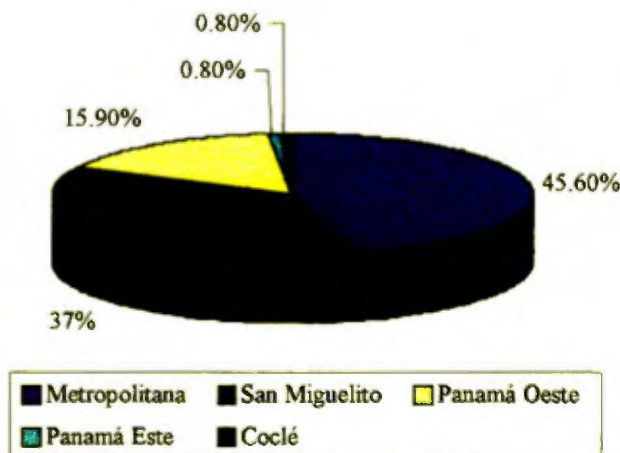
Se aplicaron un total de 133 Cuestionarios, de los cuales 102 correspondieron a pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Servicio de Cardiología y a 31 trabajadores de la salud que acudieron a la Clínica del Empleado del Hospital Santo Tomás, (Gráfica 1)



Gráfica 1 Porcentaje de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial esencial, según servicio de atención, Hospital Santo Tomás, Febrero 1999.

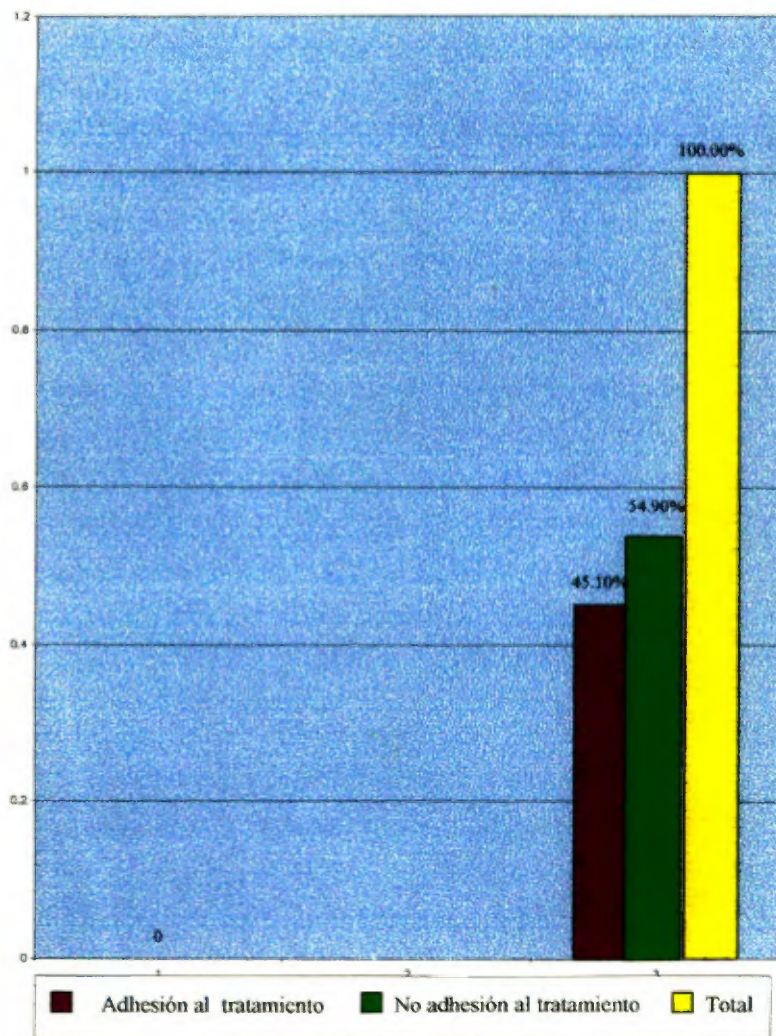
El mayor porcentaje de los encuestados (45.6%) procedió de la Región Metropolitana de Salud , de las Comunidades de Juan Díaz (6.8%), Tocumen (6.0 %), Río Abajo y Pedregal (5.3%) y Calidonia (4.5%) entre otras.

El 37% residía en las Comunidades de la Región de Salud de San Miguelito, Alcalde Díaz y Las Cumbres; 15.9% en la Región de Salud de Panamá Oeste y 0.8% respectivamente en las Regiones de Salud de Panamá Este y Coclé. (Gráfica 2).



Gráfica 2 Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial esencial Encuestados según Comunidad, Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, Febrero 1999.

Del total de pacientes entrevistados solo el 45.1% presentaba una presión arterial, entre los límites normales (igual o menor a 140/90) al momento de ser evaluados, es decir, se encontraban adheridos al tratamiento (Gráfica 3, pág. 113).



Gráfica 3 Porcentaje de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión arterial esencial, según adhesión o no al tratamiento, Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, Febrero 1999.

En cuanto al sexo y a la edad (Cuadros I y II), el 77.3% correspondió al sexo femenino y el 22.7 % al sexo masculino. Observamos que el intervalo de edad de mayor frecuencia de los encuestados fue de 50 a 59 años, seguido del intervalo de 40 a 49 años. El menor porcentaje de los encuestados correspondió a los intervalos de edad de 20 a 29 años y de 60 años y más.

CUADRO I DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN SEXO CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS , FEBRERO 1999.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100.0%
MASCULINO	30	22.6
FEMENINO	103	77.4

CUADRO II DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN EDAD CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO 1999.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100%
20 -29	1	2.3%
29-39	15	11.3%
40 -49	31	23.3%
50 -59	60	45.1%
60 y más	24	18%

El 57% de los encuestados cursó estudios secundarios, el 30% estudios primarios, 9% estudios secundarios y 3% eran analfabetas. (Cuadro III).

CUADRO III DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN ESCOLARIDAD, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO DE 1999

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100.0%
ANALFABETA	4	3.0%
PRIMARIA	41	30.8%
SECUNDARIA	76	57.1%
UNIVERSITARIA	12	9.0%

De los pacientes hipertensos entrevistados, el 43.6% era casados, 33.1% unido, 9.8% soltero, 6% separado, 3.8% viudo, y un 3.1% divorciado. (Cuadro IV, pág. 116)

Un ingreso mensual de B/ 250.00 a B/ 399.00, poseía el 30.8% de los encuestados, el 10.5% percibía un ingreso familiar de menos de B/100.00 y sólo el 11.3% poseía un ingreso igual o mayor a B/700.00 mensuales. (Cuadro V, pág. 117)

El 51% tenía entre 2 a 10 años de control ambulatorio por Hipertensión Arterial Esencial (24.8% entre 2 y 5 años y 26.3% entre 10 y más años. El 15.8 % asistía irregularmente o acudió espontáneamente a control ambulatorio por molestias físicas, (Cuadro VI, pág. 117).

En los últimos seis meses, a la fecha de la entrevista, el 70 % de los pacientes había asistido al menos entre una (1) a tres (3) citas de control ambulatorio de la presión arterial. (Cuadro VII, pág 118)

**CUADRO IV DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN
ESTADO CIVIL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
SANTO TOMÁS, FEBRERO DE 1999**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100.0%
SOLTERO	13	9.8
CASADO	58	43.6
UNIDO	43	32.3
DIVORCIADO	5	3.8
VIUDO	5	3.8
SEPARADO	8	6.0
NO ESPECIFICADO	1	0.7

CUADRO V DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN INGRESO MENSUAL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO DE 1999

INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100%
MENOS DE B/ 100.00	14	10.5%
B/100.00 a B/249.00	24	18.0%
B/250.00 a B/399.00	41	30.8%
B/400.00 a B/549.00	24	18.0%
B/ 550.00 a B/699.00	9	6.8%
B/700.00 o más	15	11.3%
NO DEFINIDO	6	4.5%

CUADRO VI DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN TIEMPO DE CONTROL, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO DE 1999

TIEMPO DE CONTROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100.0%
3 - 6 meses	38	28.5%
7 - 12 meses	11	8.3%
2 A 5 años	33	24.8%
6 A 9 años	16	12.0%
10 años y más	35	26.3%

**CUADRO VII DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN
CITAS ASISTIDAS, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
SANTO TOMÁS, FEBRERO DE 1999**

CITAS	FRECUENCIA	TOTAL
TOTAL	133	100%
Ninguna	21	15.8%
Una a tres	93	69.9 %
Más de cuatro	19	14.3 %

b) Características de los pacientes según su adhesión al tratamiento

b.1. Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión arterial esencial, según adhesión o no al tratamiento.

Una diferencia estadísticamente significativa, se evidencia entre los pacientes hipertensos controlados en la Consulta Externa y los pacientes hipertensos controlados en la Clínica del Empleado. El 58% de los pacientes encuestados que acudió a la Consulta Externa, era hipertenso adherido al tratamiento, en comparación con tan solo el 3% de pacientes hipertensos adheridos al tratamiento que acudieron a la Clínica del Empleado, del Hospital Santo Tomás. (Cuadro VIII)

CUADRO VIII DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN SERVICIO DE ATENCIÓN Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO 1999.

SERVICIO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI	NO	
Consulta Externa	59	43	102
C. del Empleado	1	30	31
TOTAL	60	73	133

Chi - Cuadrado: 26.48

Valor de P : 0.00000027 (significativo)

b.2. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según grupo de edad, y adhesión o no al tratamiento.

En el Cuadro IX observamos que el 61.6% de los pacientes hipertensos encuestados, adheridos al tratamiento se ubica en el grupo de edad de 50 años y más.

La relación entre la edad y la adherencia o no al tratamiento de los pacientes hipertensos encuestados no fue estadísticamente significativa .

CUADRO IX DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO 1999.

EDAD	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
20 - 29 años	0	3	3
30 - 39 años	7	8	15
40 - 49 años	19	12	31
50 - 59 años	35	25	60
60 y más	12	12	24
TOTAL	73	60	133

Chi Cuadrado: 5.09

Valor de P: 0.27799230 (no significativo)

b.3. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según sexo y adherencia o no al tratamiento.

Desde la perspectiva de género, el 77% de la muestra estuvo conformada por pacientes hipertensas del sexo femenino, de las cuales el 43.6% estaba adherida al tratamiento. Del total de pacientes hipertensos encuestados, adheridos al tratamiento, el 75%, correspondió al sexo femenino. (Cuadros X).

CUADRO X DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN SEXO Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS - FEBRERO 1999.

SEXO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI	NO	
MASCULINO	15	15	30
FEMENINO	58	45	103
TOTAL	73	60	133

Chi Cuadrado : 0.16

Valor de P: 0.68707954 (no significativo)

b.4. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según escolaridad y adherencia o no al tratamiento.

No se evidencia una diferencia estadísticamente significativa entre el grado de escolaridad y la adhesión o no al tratamiento, de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial. La mayor frecuencia de pacientes

hipertensos encuestados adheridos al tratamiento (60%), se agrupó en el nivel de educación secundaria. (Cuadro XI).

CUADRO XI DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN ESCOLARIDAD Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO 1999.

ESCOLARIDAD	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI	NO	
ANALFABETA	2	2	4
PRIMARIA	22	19	41
SECUNDARIA	40	36	76
UNIVERSITARIA	9	3	12
TOTAL	73	60	133

Chi Cuadrado : 2.18

Valor de p : 0.53586060 (no significativo).

b.5. Distribución de pacientes hipertensos entrevistados, según estado civil y adhesión o no al tratamiento.

El 50% de los pacientes hipertensos encuestados, adheridos al tratamiento eran casados. El análisis estadístico no evidencia una diferencia significativa entre las dos variables. (Cuadro XII, pág.123).

CUADRO XII DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN ESTADO CIVIL Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO 1999.

ESTADO CIVIL	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI	NO	
SOLTERO	6	7	13
CASADO	28	30	58
UNIDO	25	18	43
DIVORCIADO	4	1	5
VIUDO	4	1	5
SEPARADO	5	3	8
NO DEFINIDO	1	0	1
TOTAL	73	60	113

Chi Cuadrado : 5.16

Valor de P : 0.52294709 (no especificado).

b.6. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según ingreso mensual y adhesión o no al tratamiento.

El 52% de los pacientes hipertensos encuestados , adheridos al tratamiento se ubica en un ingreso mensual de B/ 259.00 a B/549.00.

El análisis de los datos, determina que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los distintos niveles de ingreso y la adhesión al tratamiento o no de los pacientes hipertensos encuestados.(Cuadro XIII, pág 124).

CUADRO XIII DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN INGRESO MENSUAL Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO CONSULTA EXTERNA – HOSPITAL SANTO TOMÁS FEBRERO 1999.

INGRESO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI	NO	
Menos de B/100.00	5	9	14
B/100.00 -B/249.00	12	12	24
B/250.00- B/399.00	22	19	41
B/400.00-B/549.00	16	8	24
B/550.00-B/699.00	7	2	9
B/700 y más	10	5	15
No definido	1	5	6
TOTAL	73	60	133

Chi cuadrado: 9.96

Valor de p: 0.12614764 (no signigicativo)

b.7. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según cumplimiento de citas y adherencia o no al tratamiento.

En el Cuadro XIV, pág. 125 observamos, que el 76% de los pacientes hipertensos encuestados, adheridos al tratamiento, había cumplido entre una a tres citas de control, en los últimos seis meses.

Una diferencia estadísticamente significativa evidenciamos en la relación entre el cumplimiento de citas y la adhesión o no al tratamiento.

CUADRO XIV DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN CUMPLIMIENTO DE CITAS Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL SANTO TOMÁS, FEBRERO 1999.

CITAS	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
NINGUNA CITA	13	2	15
1 - 3 CITAS	47	46	93
4 CITAS O MÁS	12	7	19
NO DEFINIDO	1	5	6
TOTAL	73	60	133

Chi cuadrado : 10.89

Valor de p : 0.01231721 (significativo)

b.8. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según tiempo de control adherencia o no al tratamiento.

El 63% de los encuestados poseían dos años y más de control ambulatorio, por Hipertensión Arterial.

No se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de control de la Hipertensión Arterial y la adhesión o no al tratamiento (Cuadro XV).

CUADRO XV DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN TIEMPO DE CONTROL Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO, CONSULTA EXTERNA - HOSPITAL SANTO TOMÁS FEBRERO 1999.

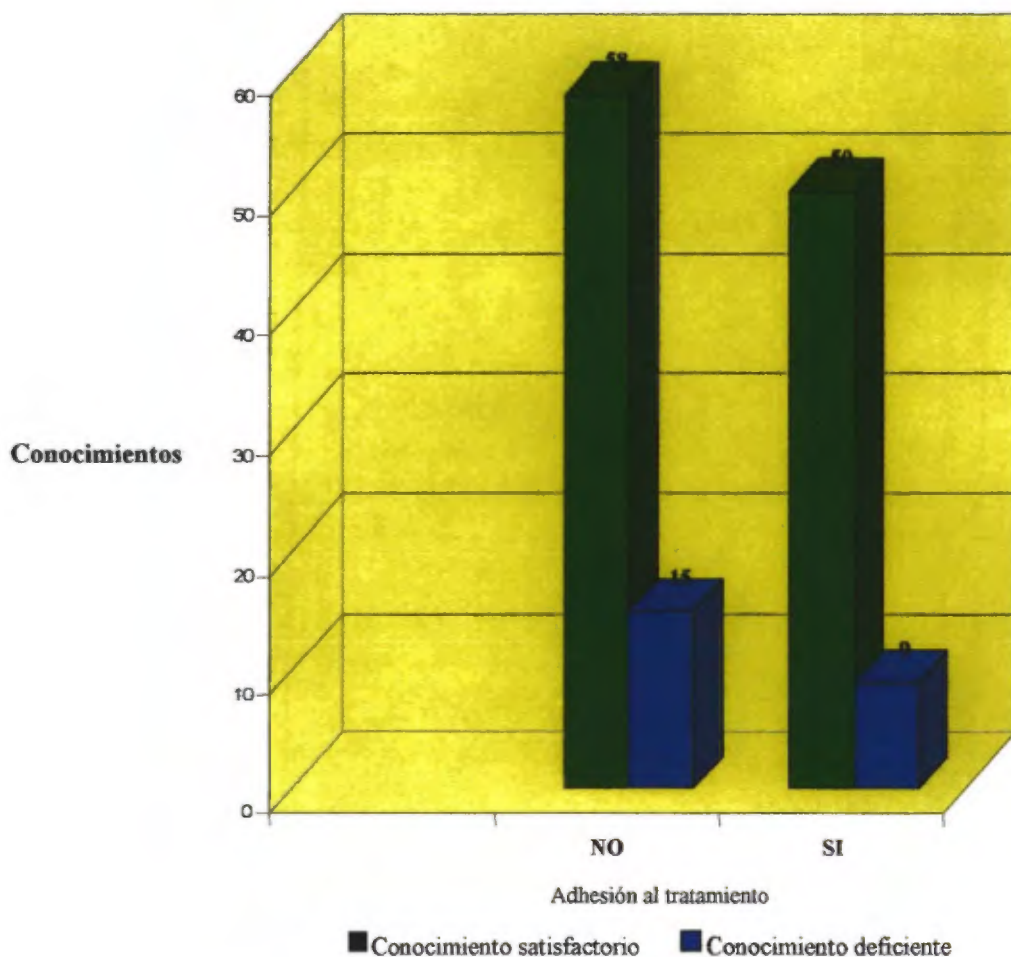
TIEMPO DE CONTROL	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
3 a 6 meses	8	10	18
7 meses a 1 año	5	6	11
2 años a 5 años	19	14	33
6 años a 9 años	8	8	16
10 años o más	21	14	35
No definido	12	8	20
Total	73	60	133

Chi cuadrado : 2.02

Valor de p : 0.84646494 (no significativo).

b.9. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según conocimientos y adhesión o no al tratamiento

En la Gráfica 4, observamos que no se evidencia una diferencia estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre Hipertensión Arterial y la no adherencia o no al tratamiento (Chi cuadrado: 0.31, Valor de p: 0.57749076, no significativo).



Gráfica 4 Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de hipertensión arterial, según nivel de conocimientos y adhesión o no al tratamiento, Consulta Externa Hospital Santo Tomás, Febrero 1999.

b.10 Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según actitudes y adhesión o no al tratamiento.

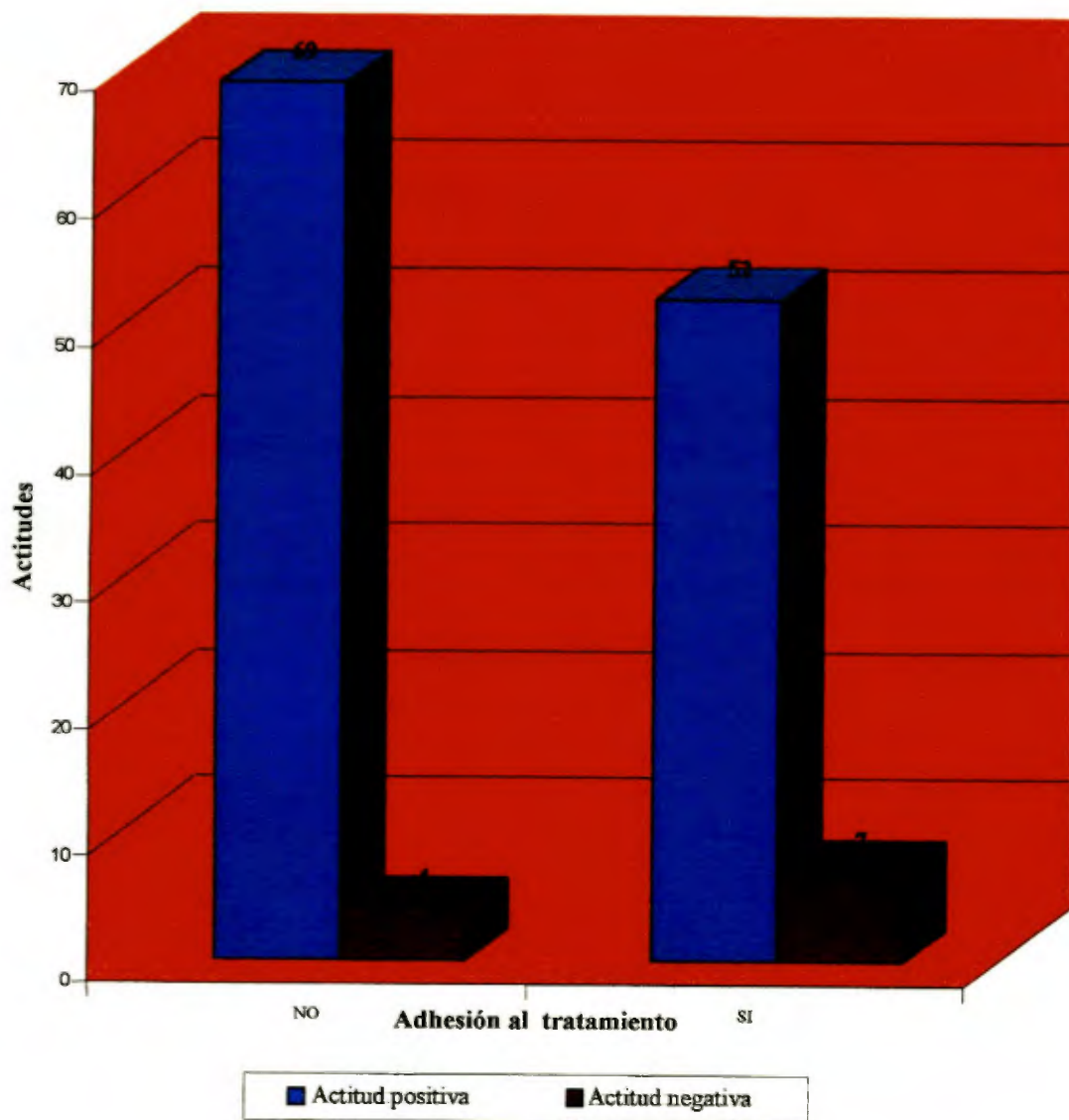
La evaluación de los datos obtenidos no señala una diferencia estadísticamente significativa entre las actitudes de los pacientes hipertensos encuestados y la adhesión o no al tratamiento, Chi cuadrado: 1.01, valor de p: 0.3159101, no significativo, (Gráfica 5, pág.128).

b.11. Distribución de pacientes hipertensos encuestados, según comportamiento y adhesión o no al tratamiento.

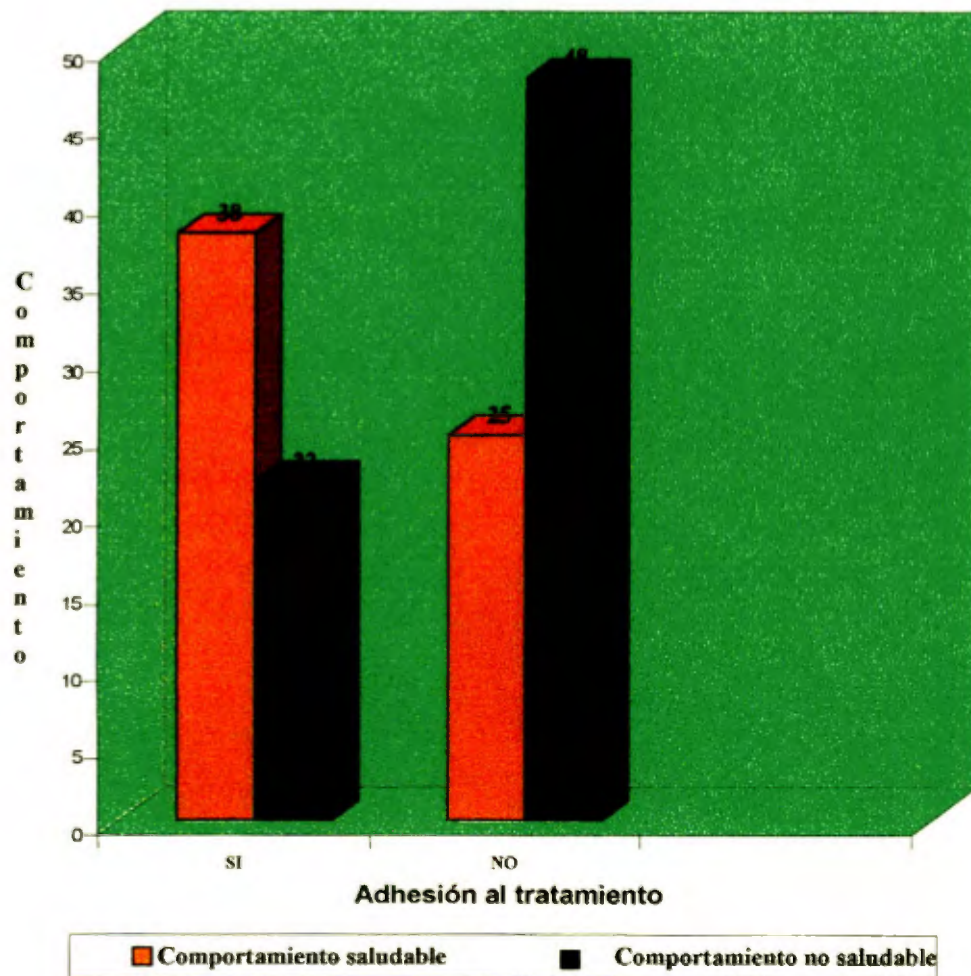
El 63% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento, tiene un comportamiento saludable, de acuerdo al puntaje obtenido de 11 puntos o más, en la calificación total del Cuestionario sobre Comportamiento.

De los pacientes hipertensos encuestados , no adheridos al tratamiento, sólo el 34.2% tenía un comportamiento saludable.

El análisis estadístico del cruce de dichas variables consigna una diferencia Significativa, Chi cuadrado: 10.04, Valor de p: 0.00153217, (Gráfica 6, pág. 129).



Gráfica 5 Distribución de pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión arterial, según actitudes y adhesión o no al tratamiento, Consulta Externa Hospital Santo Tomás, Febrero 1999.



Gráfica 6 Distribución de los pacientes encuestados con diagnóstico de Hipertensión arterial, según comportamiento y adhesión o no al tratamiento, Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, Febrero 1999.

La evaluación de cada ítem del Cuestionario sobre Comportamiento y su relación con la adhesión o no al tratamiento consignó una diferencia estadísticamente significativa de las preguntas (Cuadros XVI al Cuadro XXII), que se detallan a continuación:

1. Asisto a las citas de control
2. Mido mi presión por lo menos una vez al mes
3. Como alimentos fritos más de dos veces por semana
4. Mido la cantidad de sal que agregó a las comidas y ensaladas
5. Vigilo mi peso por lo menos una vez cada dos meses
6. Tomo mis medicamentos con la frecuencia y en la dosis indicada
7. Participo de los Grupos de Hipertensos organizados.

El análisis estadístico de las preguntas restantes del Cuestionario, no evidenció ninguna diferencia significativa.

b.12. Asistencia a las citas de control y adhesión o no al tratamiento

Los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento tuvieron un menor porcentaje de inasistencia (8%) a las citas de control, que los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento (Cuadro XVI, pág. 131).

CUADRO XVI ASISTO A LAS CITAS DE CONTROL Y ADHESION O NO AL TRATAMIENTO.

CITAS DE CONTROL	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Asisto a la cita de control	52	55	107
No asisto a la cita de control	20	5	25
Total:	72	60	132

Chi cuadrado : 6.84

Valor de p: 0.00889879 (significativo)

b.13. Medición de la presión arterial, por lo menos una vez al mes y adhesión o no al tratamiento.

El 81% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento midieron su presión arterial por lo menos una vez al mes en comparación con el 54% de los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento (Cuadro XVII, pág. 132).

CUADRO XVII MIDO MI PRESIÓN, POR LO MENOS UNA VEZ AL MES Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO

PRESIÓN ARTERIAL	ADHESION AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Mido la P.A mensualmente	40	48	88
No mido la P.A. mensualmente	33	11	44
Total	73	59	132

Chi cuadrado: 9.20

Valor de p: 0.00242258 (significativo)

b.14. Comer alimentos fritos más de dos veces por semana y adhesión o no al tratamiento.

El 63% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento no comen alimentos fritos más de dos veces por semana en comparación con tan solo el 41% de los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento, que no consumen alimentos fritos en la frecuencia indicada. (Cuadro XVIII, pág. 133).

CUADRO XVIII COMO ALIMENTOS FRITOS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO.

ALIMENTOS FRITOS	ADHESION AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Como alimentos fritos	43	22	65
No como alimentos fritos	30	38	68
Total	73	60	133

Chi cuadrado: 5.66

Valor de p: 0.01737779 (significativo).

b.15. Medir la cantidad de sal que se agrega a las comidas y ensaladas y adhesión o no al tratamiento.

El 11% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento no miden la sal que agregan a las comidas y ensaladas. Un 30% de los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento no midieron la cantidad de sal que agregan a sus comidas y ensaladas, (Cuadro XIX, pág. 134).

CUADRO XIX MIDO LA CANTIDAD DE SAL QUE AGREGO A LAS COMIDAS Y ENSALADAS Y ADHESION O NO AL TRATAMIENTO.

SAL	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Mido la sal	51	53	104
No mido la sal	22	7	29
Total	73	60	133

Chi cuadrado: 5.55

Valor de p: 0.01847446 (significativo).

b.16. Vigilar el peso por lo menos una vez cada dos meses y adhesión o no al tratamiento.

Un porcentaje mayor de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento (55.9%), vigilaron su peso por lo menos una vez cada dos meses en relación a los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento (35.6%).

CUADRO XX VIGILO MI PESO POR LO MENOS UNA VEZ CADA DOS MESES Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO.

PESO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Vigilo mi peso	26	33	59
No vigilo mi peso	47	26	73
Total	73	59	132

Chi cuadrado: 4.66

Valor de p: 0.03092429 (significativo)

b.17. Tomar los medicamentos en la frecuencia y en la dosis indicada y adhesión o no al tratamiento.

Un porcentaje mayor de pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento (26%), no tomaron los medicamentos con la frecuencia y en la dosis indicada, en comparación con el 8% de los pacientes hipertensos adheridos al tratamiento. (Cuadro XXI).

CUADRO XXI TOMO MIS MEDICAMENTOS EN LA FRECUENCIA Y EN LA DOSIS INDICADA Y ADHESION O NO AL TRATAMIENTO.

MEDICAMENTO	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Tomo mis medicamentos	54	55	109
No tomo mis medicamentos	19	5	24
Total	73	60	133

Chi cuadrado: 5.83

Valor de p: 0.01578509 (significativo)

b.18. Participar en los grupos de hipertensos organizados y adhesión o no al tratamiento.

Los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento participan más de los grupos de hipertensos organizados que los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento (Cuadro XXII, pág, 136).

CUADRO XXII PARTICIPO EN LOS GRUPOS DE HIPERTENSOS ORGANIZADOS Y ADHESIÓN O NO AL TRATAMIENTO

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS	ADHESION AL TRATAMIENTO		TOTAL
	NO	SI	
Si participo	5	17	22
No participo	67	43	110
Total	72	60	132

Chi cuadrado: 9.29

Valor de p: 0.00229780 (significativo).

2) **Discusión de los Resultados**

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes hipertensos adheridos al tratamiento de la Consulta Externa y los pacientes atendidos en la Clínica del Empleado del Hospital Santo Tomás, resultados que están por debajo de los datos que señala la literatura al respecto, de que entre los profesionales de la salud como promedio, sólo un 20% se adhiere al tratamiento.

Entre otros factores asociados podemos señalar, la diferencia en la organización, ejecución, monitoreo y evaluación de los Programas de Salud de los servicios. La oferta de diversas actividades, en las que pueden participar los pacientes hipertensos, en particular en el área de promoción de la salud, la relación médico - paciente, (particularmente en cuanto a confianza y credibilidad) y la atmósfera de atención de la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás condicionan dichas diferencias.

Los resultados obtenidos en cuanto a la proporción de pacientes que se adhieren al tratamiento de la hipertensión arterial son similares a los obtenidos en otros estudio.

En cuanto al género, observamos que no existe una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la adhesión o no de los pacientes hipertensos encuestados.

El mayor número de pacientes hipertensos encuestados del sexo femenino adheridas al tratamiento, obedece a que las mujeres muestran mayor preocupación por la salud y acuden con más frecuencia a la consulta médica. La poca disponibilidad y flexibilidad en la administración del tiempo, limita en cierta medida, el acceso de persona del sexo masculino a los servicios de salud, quienes trabajan para proveer el sustento económico de la familia y están sujetos a los permisos que le otorguen en sus puestos.

La edad de los pacientes hipertensos encuestados , adheridos al tratamiento, se ubica principalmente en el grupo de cincuenta años y más de edad, debido a que la Hipertensión Arterial va asociada al proceso de envejecimiento de los individuos. Este grupo se presume que dispone del tiempo necesario para asistir a las citas de control y priorizan la atención en salud y el cumplimiento de las indicaciones médicas, ya que están más propensos a complicaciones secundarias de la Hipertensión Arterial, que pueden ser mortales.

Por otro lado la escolaridad de los pacientes hipertensos encuestados, adheridos o no al tratamiento no mostró una diferencia estadísticamente significativa. Se espera que a mayor nivel de instrucción, se incremente el nivel de comprensión y el cumplimiento de las indicaciones médicas, al igual que el acceso a otras fuentes de

información científica. Tampoco se encontró significancia estadística entre el estado civil, el ingreso mensual y la adherencia o no al tratamiento.

En síntesis no existen diferencias significativas entre las variables de sexo, edad, escolaridad, estado civil e ingreso mensual familiar, y la adhesión o no al tratamiento. Estos resultados concuerdan con los hallazgos del estudio de adherencia al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial, realizada en Febrero de 1992 en Singapore por Lim -To, Ngah - BA y otros.

El cumplimiento de citas presenta una diferencia estadísticamente significativa, entre los pacientes hipertensos encuestados adheridos o no al tratamiento. El porcentaje de pacientes que incumplen la asistencia a las citas de control es mayor en los hipertensos encuestados no controlados, en comparación a los pacientes hipertensos encuestados controlados. Algunos estudios realizados al respecto, coinciden con los hallazgos señalados, en relación al porcentaje de pacientes que cumplen las citas establecidas por el médico.

Los datos obtenidos no definen una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la adhesión o no al tratamiento, lo cual coincide con el supuesto teórico de que el incrementar el nivel de conocimientos, por sí solo no resulta en una mejor adhesión o control de la presión arterial, ya que también el paciente debe realizarse una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo. Según la prescripción, el paciente ha de disponer de una serie de habilidades, con diferentes grados de complejidad.

El análisis estadístico de cada ítem del cuestionario de conocimiento, determina que sólo una pregunta de un total de diez, la cual se refiere a los daños que puede

causar la Hipertensión Arterial, obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes hipertensos encuestados, adheridos y los no adheridos al tratamiento. Un porcentaje mayor de pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento, presentan un nivel de conocimiento satisfactorio en relación a los daños potenciales al cerebro que puede producir la Hipertensión arterial, en comparación a los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento.

No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las actitudes de los pacientes hipertensos encuestados y la adhesión o no al tratamiento. Este resultado no sustenta nuestra hipótesis, como tampoco la teoría de que las actitudes permiten predecir bien la conducta, sin embargo debemos reconocer que la adhesión al tratamiento implica una compleja variedad de actitudes: hacia la enfermedad, hacia la relación médico - paciente, hacia el tratamiento, entre otros. Aunque las actitudes son buenos elementos para predecir el comportamiento, no son los únicos determinantes.

De las veinte opiniones que conforman el Cuestionario de actitudes, el análisis estadístico sólo evidencia una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a la actitud positiva hacia el tratamiento médico, entre el 94% de los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento en comparación al 88% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento.

La evaluación de las actitudes hacia el estilo de vida, (ejercicio, alimentación, consumo de alcohol o tabaco, manejo de la tensión), hacia la enfermedad y hacia la familia, no mostraron una diferencia estadísticamente significativa.

En lo que al aspecto cognoscitivo de las actitudes se refiere, más del 80% de los encuestados poseen un nivel de conocimiento satisfactorio de la enfermedad, por lo

tanto disponen de una representación cognoscitiva , lo cual es necesario para la definición de las actitudes hacia la Hipertensión Arterial. Valga señalar que para la expresión de una determinada actitud es necesario que sus tres componentes (cognoscitivo, afectivo y conductual), tengan congruencia interna, no obstante puede existir incongruencia entre pares componentes de la actitud.

En cuanto a la variable de comportamiento, se observó una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a que un porcentaje mayor de pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento, poseen un comportamiento saludable en comparación al comportamiento de los pacientes hipertensos no adheridoa al tratamiento, lo cual avala y sustenta nuestra hipótesis. Este resultado significa que el comportamiento influye mucho en que las personas hipertensas se adhieran o no al tratamiento.

Los items del Cuestionario de Comportamiento, estadísticamente significativo, en cuanto a la adhesión al tratamiento de los pacientes hipertensos encuestados, están asociados a los hábitos de alimentación saludable, como son el no consumo frecuente de alimentos, la medición de sal en las comidas y ensaladas y la vigilancia y/o control del peso.

Es del conocimiento de todos la importancia de una nutrición adecuada en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. La reducción de la sal en la dieta permite la disminución de la presión arterial de una forma significativa en un porcentaje substancial de la población, siendo los que más se benefician de esta medida las personas adultas mayores de 45 años y precisamente con la presión elevada Culter,

Follmann y Allender, (1997), lo cual coincide con el grupo de edad que prevalece entre los pacientes hipertensos encuestados.

Existe la evidencia de que la obesidad mantiene una estrecha relación con la elevación de la presión arterial y del mismo modo, se ha observado que la reducción de peso se asocia a su vez con la reducción de la presión arterial en la Hipertensión arterial esencial.

Otros items que fueron estadísticamente significativos, entre los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento, corresponden a las acciones específicas para el monitoreo y el control de la Hipertensión arterial, como el asistir a las citas de control, medir la presión arterial periódicamente, el ingerir los medicamentos con la frecuencia y en la dosis indicada y la participación en Grupos organizados de hipertensos.

Los grupos de hipertensos organizados fortalecen el apoyo psicológico y emocional mutuo de los participantes que los ayuda a permanecer bajo tratamiento y control, también favorece la modificación de conducta en la familia que ayuda al control de los factores de riesgo cardiovasculares y el desarrollo de actividades preventivas primarias.

VIII. CONCLUSIONES

VIII. CONCLUSIONES

1. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes hipertensos adheridos al tratamiento de la Consulta Externa y los pacientes atendidos en la Clínica del Empleado del Hospital Santo Tomás.
2. El 45% de los pacientes hipertensos encuestados se adhieren al tratamiento.
3. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre la edad, el sexo, la escolaridad y el nivel de ingreso de los pacientes hipertensos encuestados y la adhesión o no al tratamiento.
4. El cumplimiento de citas presenta una diferencia estadísticamente significativa, entre los pacientes hipertensos encuestados adheridos o no al tratamiento, ($p=0.01231721$). El 3% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento no asistieron a ninguna cita de control, en comparación al 17.8% de los pacientes hipertensos encuestados, no adheridos al tratamiento que no asistieron a ninguna cita.
5. El estudio no evidenció una diferencia estadísticamente significativa (Chi cuadrado = .31, $p=0.57749076$), entre el nivel de conocimientos y la adhesión o no al tratamiento. Valga señalar que el análisis estadístico de las respuestas a las preguntas del Cuestionario sobre conocimientos, sólo determinó una diferencia

estadísticamente significativa ($p= 0.04176963$), entre el 97% de los pacientes no adheridos al tratamiento, que poseen conocimientos satisfactorios sobre los daños potenciales al cerebro que puede ocasionar la Hipertensión arterial en comparación con el 83% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento.

6. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las actitudes positivas o negativas de los pacientes hipertensos encuestados y la adhesión o no al tratamiento.
7. El análisis estadístico de las respuestas dadas al Cuestionario sobre actitudes, sólo determina una diferencia estadísticamente significativa entre la actitud positiva al tratamiento médico del 94% de los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento y el 88% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento.
8. El estudio demostró que el 63% de los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento poseen un comportamiento saludable y establecen una diferencia estadísticamente significativa (Chi cuadrado: 10.04, $p= 0.00153217$), en relación al 34% de los pacientes hipertensos no adheridos al tratamiento que poseen un comportamiento saludable.

9. Entre los comportamientos alimentarios saludables que establecen una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes hipertensos encuestados que se adhieren al tratamiento se consignan: la reducción en la ingesta de alimentos fritos ($p= 0.01737779$), la medición del consumo de sal ($p= 0.01847446$) y la vigilancia y control del peso corporal ($p= 0.03092429$).

10. Los pacientes hipertensos encuestados adheridos al tratamiento asisten a las citas de control, ($p=0.00889879$), miden su presión arterial por lo menos una vez al mes ($p=0.00242258$), toman sus medicamentos en la frecuencia y en la dosis indicada ($p=0.01578509$) y participan en grupos de hipertensos organizados ($p= 0.00229780$), que los pacientes hipertensos encuestados no adheridos al tratamiento.

X. RECOMENDACIONES

IX. RECOMENDACIONES

1. Mejorar los servicios de promoción y atención de la salud de los trabajadores hipertensos de la Clínica de Empleados del Hospital Santo Tomás.
2. Definir estrategias de intervención para la promoción de la adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos, con énfasis en las áreas de comportamiento asociadas al control de la presión arterial, entre ellas, el cumplimiento de las citas de control, la medición periódica de la presión arterial, la ingesta de medicamentos en la frecuencia y en la dosis indicada y la participación en grupos organizados de personas que padecen de hipertensión.
3. Incorporar en los Programas de nutrición dirigidos a pacientes hipertensos la orientación y/o educación sobre la reducción de la ingesta de alimentos fritos, la medición del consumo de sal y la vigilancia y control del peso corporal.
4. Elaborar módulos de capacitación para la formación de recursos humanos en el campo del comportamiento y la adhesión al tratamiento de la Hipertensión Arterial.
5. Elaborar programas de modificación de conducta y promoción de estilos de vida saludable dirigidos a personas que padecen de hipertensión arterial esencial.

6. Actualizar las normas del Sub -Programa de Hipertensión del Ministerio de Salud, incorporando indicadores para el monitoreo y control de pacientes hipertensos.

7. Desarrollar iniciativas con el objeto de prevenir las causas y las consecuencias de la no adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos.

X. BIBLIOGRAFÍA

X. BIBLIOGRAFÍA

1. BAKX, JC., STAFLEU , A y STABLEVEN, WA. Junio 1997. Efectos a largo plazo del consejo nutricional : un estudio de medicina familiar. *American Journal Clinical Nutrition* .
2. BROWN, C. y R. SEGAL Septiembre 1996. El efecto sobre la salud y la percepción del tratamiento sobre el uso de medicamentos prescritos y los remedios caseros entre americanos blancos y negros hipertensos”. *Soc – Sci –Med*
3. CIRES, M. et. al. Octubre – Diciembre 1995. Evaluación del control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de ciudad de la Habana” *Revista Cubana de Medicina General Integral* .
4. CROUCH, M., y LEONARD, R. 1987. *The Family in Medical Practice – A Family Systems*. New York .
5. DAVIDOFF, I. 1980. *Introducción a la Psicología*. Editorial Mc.Graw-Hill. Latinoamericana, S. A. Bogotá, Colombia.
6. DESJARLAIS, R y EISENBERG, L. 1997. *Salud Mental en el Mundo*. Organización Panamericana de la Salud.
7. DEVER, A. 1991. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*, E.U.A. Aspen Publisher.

8. GUTIERREZ, R. Enero –Junio 1994. 60 – 66 p. " Impacto de la Enfermedad en la Familia" Revista Médico Científica. Universidad de Panamá, Facultad de Medicina. V. 9, #1
9. GODOY, E. 1984. SALUD Y CAMBIO SOCIAL.
10. HEURTIN , R. y REISIN, E. Noviembre 1992. La relación entre modelos de influencia cultural y la adherencia al tratamiento anti – hipertensivo” . American Journal of Hipertension.
11. KRUPP, M. y CHATTON, M. 1978. Medical Diagnosis Treatment. Large Medical Publication.
12. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE CORAZÓN, PULMONES Y SANGRE 1997 El sexto reporte del Comité Nacional Conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Programa de Educación Nacional sobre Hipertensión Arterial. Publicación NIH.
13. INTERAMERICAN HEART FOUNDATION. Agosto 1995. Boletín #1.
14. KELLY – POWELL Junio 1997. Personalizando la selección : experiencias de pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento”. Nurs – Res .
15. LA ESTRELLA DE PANAMÁ. 1974. Historia Religiosa del Hospital Santo Tomás.
16. LARROZA, D, 1998 La presión alta está matando al panameño. Periódico La Crónica, Panamá.

17. LIM, To y otros. Febrero 1992. El Proyecto de Estudio de Hipertensión de Mentakab. V parte – Adherencia al tratamiento de Pacientes Hipertensos” Singapore – Med – J.
18. LUBAN-PLOZZA, B, POLDINGER,W y F. KROGER. 1992 .Psychomatic Disorders in General Practice . Tercera Edición, aumentada. Suiza. Ediciones Roche.
19. MAHENDR, Kochar, Karyn WOODS. 1985. Hypertension Control for Nurses and other Profesional Segunda Edición. Nueva York Springer Publishing Company.
20. MILLER, P et. al. Marzo – Abril 1992. El Modelo de Acción Razonada de Fishbein y la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos”. Nurs – Res .
21. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Noviembre 1997. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication.
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DE LA VIDA. Conocimientos actuales sobre nutrición Sexta edición América del Norte.
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1962. Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica. Problemas de Prevención, Informe de un Comité de Expertos. Ginebra.
24. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1978 Hipertensión arterial, serie de Informes Técnicos, 628.

25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1959. Hipertensión y Cardiopatía Coronaria. Clasificación y Criterios para los Estudios Epidemiológicos. Ginebra .
26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agosto 1976. Crónica Ginebra. VXXX
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1994. Las condiciones de salud de las Américas Publicación Científica #549. Vol. 1 y 2 .
28. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1990 La Hipertensión Arterial como problema de salud comunitario.
29. PINEDA, E y .ALVARADO, E. 1994 Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud.
30. RODRIGUES, A. 1986 Psicología Social Segunda edición. Brasil, Río de Janeiro. Editora Vozes. 502 p.
31. SAMPIERI, R. 1991 Metodología de la Investigación Mexico Editora Mc Graw - Hill.
32. SIMONS, R y PARDES, H 1979 Understanding Human Behavior in Health and Illness U.S.A. The Williams and Wilkins Company.
33. SALDAÑA, A. 1990 Influencia de los Factores Psicosociales sobre la Presión Arterial en 100 pacientes hipertensos” Revista médico Científica Universidad de Panamá – Facultad de Medicina 491 – 499 p.
34. VALTIERRA, Florencio. 1 de Septiembre de 1974. Complemento de la Historia Religiosa del Hospital Santo Tomás Celebración de las Bodas de Oro del Hospital Santo Tomás, Revista Gráfico Literaria, Editado en la Estrella de Panamá .

35. VÁSQUEZ, I., Fernández, C., y Pérez, M. 1998 Manual de Psicología de la Salud. Rigorma Grafic, S. L.
36. WAYNE, Daniel. 1987. Bioestadística Base para el análisis de las ciencias de la salud. Tercera Edición. Editorial , Uteha - Noriega. Mexico.
37. WITTKOWER, E y WARNES, H. 1977 Psychosomatic Medicine. Its Clinical Applications.

XI. ANEXOS

CUADRO III CONSULTA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, PANAMÁ, 1996.

INSTITUCIÓN	H. P. A.		CARDIOPATÍA		SOBRE PESO (OBESIDAD)	
	T	N	T	N	T	N
REG. METROPOLITANA	6399	2881	61	37	205	203
SAN FELIPE	415	185	-	-	-	-
SANTA ANA	392	223	2	2	-	-
CHORRILLO	348	315	-	-	205	203
EMILIANO PONCE	584	239	7	3	-	-
CURUNDU	181	67	-	-	-	-
PUEBLO NUEVO	232	104	5	5	-	-
PARQUE LEFEVRE	506	249	6	4	-	-
RIO ABAJO	341	115	16	9	-	-
BERNANDO MATRIZ	382	187	2	2	-	-
JUAN DIAZ	783	425	9	8	-	-
PEDREGAL	230	70	7	3	-	-
FOCUMEN	331	28	-	-	-	-
PARAISO	151	84	-	-	-	-
VERACRUZ	313	162	-	-	-	-
MAÑANTAS	739	233	-	-	-	-
14 DE DICIEMBRE	182	112	-	-	-	-
TABOGA	83	26	-	-	-	-
OTOQUE	16	16	-	-	-	-
METROP. INT. TOC.	-	-	-	-	-	-
C.S. FELIPILLO	34	11	-	-	-	-
EXT. DE SERV.	156	30	7	1	-	-

Fuente: Unidad de Análisis y Tendencias de la Situación de Salud - Región Metropolitana de Salud.

CUADRO IV PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR SEXO, GRUPO DE EDAD, SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA - HOSPITAL SANTO TOMÁS - PANAMÁ- AÑO: 1996/1997.

AÑOS DE OCURRENCIA	TOTAL	SEXO		GRUPO DE EDAD							
		MASC	FEM	-15	15 -19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 Y +	N
TOTAL	10617	2776	7541	4	31	244	816	2035	2842	4554	9
1996	6356	1673	4383	3	14	141	503	1261	1700	2692	4
1997	4261	1103	3158	1	17	103	313	774	1142	1862	4

Nota: Información hasta el mes de septiembre de 1997

fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Hospital Santo Tomás

CUADRO V CONSULTA ESPECIALIZADA POR AÑO DE OCURRENCIA, SEGÚN SERVICIOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS AÑOS: 1987 -1996.

SERVICIO/ESPECIALIDAD	AÑOS DE OCURRENCIA									
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
TOTAL	86,395	81,443	85,686	84,476	82,582	89,641	120,099	126,960	133,478	142,000
MEDICINA	30,714	30,992	30,474	29,298	29,904	33,029	53,933	54,552	57,928	61,000
CARDIOLOGÍA	6,373	6,009	5,920	6,375	6,558	7,111	9,289	10,018	9,981	9,500

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Hospital Santo Tomás

CUADRO VI PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIA GENERAL POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, HOSPITAL SANTO TOMÁS, AÑO 1996.

Clasificación del Diagnóstico	Total	SEXO		GRUPO DE EDAD							N
		Masc.	Fem.	-15	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 y +	
TOTAL	20,209	10,655	9,554	22	3,151	7,047	4,338	2,489	1,236	1,529	3
Observación por sospecha de otra infección específica.....	3,815	1,824	1,991	-	476	1,215	835	506	281	437	0
Dolor Abdominal.....	3,007	1,159	1,848	1	534	1,065	642	329	175	227	0
Asma no especificada.....	2,400	873	1,527	4	299	688	477	432	218	216	0
Traumatismo de la cara y cuello	2,216	1,546	670	3	388	919	492	226	93	57	0
Traumatismo de otros sitios especificados, incluso sitios múltiples	1,955	1,329	626	5	297	727	485	206	□□	78	1
Infección Urinaria, sin indicación del sitio	1,746	591	1,155	-	277	643	373	171	92	179	0
Traumatismo de la rodilla, pierna, tobillo y pie	1,522	975	547	-	282	569	340	171	66	74	0
Herida de la cara, sin mención de complicación.....	1,481	1,191	290	2	238	605	305	168	59	64	0
Traumatismo intracraneal de otra naturaleza no especificada, sin mención de herida.	892	664	228	5	162	290	175	101	68	56	0
Influenza con otras manifestaciones respiratorias	548	229	319	-	118	211	105	57	26	29	0
Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna.....	377	165	212	2	8	25	57	104	72	104	0
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de localización múltiple	250	109	141	2	72	90	52	18	9	8	0

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Hospital Santo Tomás.

CUADRO VII PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA, SEGÚN DIAGNÓSTICO, SEXO Y GRUPO DE EDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 1997.

Clasificación del Diagnóstico	Total	Sexo		Grupo de Edad							
		Masc	Fem.	- 15	15 -19	20-29	30 -39	40 -49	50-59	60 y +	N.E
Total	68608	25590	43018	182	2754	10006	10338	10736	12727	21266	599
Otras fisioterapias	20679	10222	10457	53	1158	4615	4040	3526	3502	3769	16
Diabetes Mellitus	16265	3240	13025	10	182	913	1434	2741	4564	6329	92
Examen de los ojos y visión	8599	3814	4885	72	471	1292	1165	1124	1374	3187	14
Otros estados post - quirúrgicos	5615	2270	3345	5	488	1258	1221	967	587	859	230
Hipertensión esencial	3932	1066	2666	1	17	103	320	743	1026	1670	50
Ejercicios respiratorios	3435	1324	2111	11	93	515	487	526	406	1395	2
Recursos materiales inadecuados (a)	2669	1122	1547	23	134	528	575	497	322	587	3
Catarata sin especificación	2571	942	1629	2	34	80	100	172	424	1673	86
Órgano o tejido reemplazado por otro medio cristalino	2402	809	1583	3	29	80	100	155	369	1587	89
Otra orientación no clasificada en otra parte	2341	781	1580	2	148	622	896	285	161	210	17

a) Trabajo social - Pacientes de bajos recursos económicos

fuente : Departamento de registros Médicos y Estadística de Salud - Hospital Santo Tomás

JADRO IX LA CARGA MUNDIAL DE MORBILIDAD

CAUSAS	*AVAD PÉRDIDOS EN EL MUNDO			Clasificación prevista para 2020	*AVAD PERDIDOS EN EL MUNDO	
	1990	AVAD (MILES)	Como% del total		AVAD (MILES)	Como % del total
Todas las causas		379,238	100		1388,836	
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1	112,898	8.19%	6	42,692	3.07%
Enfermedades alérgicas	2	99,633	7.22%	6	37,097	2.67%
Astmosas crónicas	3	92,313	6.69%			
Hipertensión sistólica mayor	4	50,810	3.68%	2	78,662	5.66%
Insuficiencia cardíaca	5	46,699	3.39%	1	82,325	5.93%

fuente: The Global Burden of Disease y Global Health Statistic, compilado por Christopher J.L. Murray y Alan D. López - Harvard University

años de vida ajustados en función de la discapacidad para todas las edades y ambos sexos.

ADRO X DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA POR REGIÓN DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ - AÑO 1990 -1995.

Región de Salud	AÑOS											
	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	Nº.	Tasa (1)	Nº.	Tasa (1)	Nº.	Tasa (1)	Nº.	Tasa (1)	Nº.	Tasa (1)	Nº.	Tasa (1)
TOTAL	139	5.8	118	4.8	138	5.5	166	6.5	151	5.8	137	5.2
BOCAS DEL TORO	7	7.1	2	1.9	2	1.9	4	3.6	4	3.5	1	0.8
COCLÉ	13	7.3	9	5.0	11	6.0	15	8.1	11	5.9	11	5.8
COLÓN	13	7.4	20	11.7	14	7.8	12	6.6	19	10.2	11	5.8
CHIRIQUÍ	10	2.6	17	4.7	19	3.6	17	4.5	17	4.2	10	2.5
DARIÉN	2	4.3	1	2.1	1	2.0	1	1.9	1	1.9	-	-
HERRERA	6	6.2	4	4.1	4	4.0	7	7.0	9	9.0	11	10.5
LOS SANTOS	5	6.3	7	8.8	8	10.0	6	7.5	11	13.8	7	8.7
PANAMA	78	7.1	55	4.9	79	6.9	98	8.3	71	5.9	84	6.8
ESTE	3	6.0	1	1.4	1	1.4	3	3.9	1	1.3	1	1.2
OESTE	13	6.5	13	6.2	9	4.2	10	4.5	15	6.4	17	7.3
METRO	45	8.8	32	6.2	52	9.9	69	1.3	45	8.3	51	9.8
N MIGUELITO	15	4.4	9	2.6	17	4.7	16	4.3	10	2.6	15	3.8
SAN BLAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VERAGUAS	5	2.4	3	1.4	5	2.3	6	2.8	8	3.7	2	0.9

Cantidad nula o cero

Por 100,000 habitantes, con base a la estimación de la población total, al 1 de julio del año respectivo
 Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud

CUADRO XI DEFUNCIONES SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD - REPÚBLICA DE PANAMÁ - AÑO 1990 - 1995

AÑOS		TOTAL	GRUPO DE EDAD						
			< - 1	1 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 59	60 y +	N.E.
1990	T	139	-	-	-	-	32	107	-
	M	78	-	-	-	-	25	53	-
	F	61	-	-	-	-	7	54	-
1991	T	118	-	-	-	3	39	76	-
	M	68	-	-	-	2	26	40	-
	F	50	-	-	-	1	13	36	-
1992	T	138	-	-	-	-	31	107	-
	M	74	-	-	-	-	15	59	-
	F	64	-	-	-	-	16	48	-
1993	T	166	-	-	-	2	40	124	-
	M	83	-	-	-	1	20	62	-
	F	83	-	-	-	1	20	62	-
1994	T	151	-	-	1	-	32	118	-
	M	79	-	-	1	-	18	60	-
	F	72	-	-	-	-	14	58	-

Fuente: Estadísticas Vitales - Contraloría General de la República

CUADRO XII DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD - REPÚBLICA DE PANAMÁ - AÑOS: 1991 - 1995

CAUSAS	AÑOS														
	1991			1992			1993			1994			1995		
	Nº.	TASA I/	P	Nº.	TASA I/	P	Nº.	TASA I/	P	Nº.	TASA I/	P	Nº.	TASA I/	P
TOTAL	9,683	425.3	..	10,143	407.6	..	10,669	420.9	-	10,983	425.3	..	11,032	419.3	..
1. Tumores Malignos, accidentes, Suicidios, Homicidios y otras violencias.....	1,345	55.1	1	1,464	58.8	1	1,532	60.4	1	1,479	57.3	1	1,601	60.8	1
2. Inf. Cerebrovascular.....	1,279	52.4	2	1,345	54.1	2	1,368	54.0	2	1,506	58.3	2	1,571	59.7	2
3. Inf. del Corazón Agudo	959	39.3	3	1,045	42.0	3	1,048	41.3	3	1,185	45.9	3	1,124	42.7	3
4. Inf. del Corazón	683	28.0	4	843	33.9	4	733	28.9	4	742	28.7	4	740	28.1	4
5. Diversas Afecciones Originadas en el Menor de Edad.....	546	22.4	5	543	21.8	5	536	21.1	5	504	19.5	5	500	19.0	5
6. Enfer. Isquémica de Corazón	350	14.3	7	364	14.6	6	481	19.0	6	439	16.9	6	417	15.8	6
7. Diabetes	281	11.5	8	314	12.6	8	349	13.8	8	367	14.2	7	403	15.3	7
8. Asma	278	11.4	9	261	10.5	9	353	13.9	7	327	12.7	8	258	9.8	10
9. Neumonía.....	356	14.6	6	355	14.3	7	353	13.9	7				401	15.2	8
10. Inf. de la Circulación Pulmonar.															
11. Anemia Constrictiva.....	213	8.7	10	261	10.5	9	295	11.6	9	288	11.2	9	282	10.7	9
12. Bronquitis crónica y las no especificadas															
13. Enfer. de la vía respiratoria y asma.	206	8.4	11	182	7.3	10	227	9.0	10	271	10.5	10			
14. Otras causas	3,187	130.5	..	3,166	127.2	..	3,394	133.9		3,875	150.0	..	3,735	142.0	..

Nota: Cálculo por 100,000 habitantes con base a la estimación de población P/: Posición dentro de las 10 principales causas de defunción Fuente: Sección de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

CUADRO XIII DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y POSICIÓN EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, PANAMÁ - AÑO 1996

CAUSA PRINCIPAL CÓDIGO	GRUPOS DE EDAD										
	< 1 AÑO		1 - 4		5 - 14		15 - 19		20 - 59		60 Y
	Nº.	POS.	Nº.	POS.	Nº.	POS.	Nº.	POS.	Nº.	POS.	Nº.
Total	145	-	21	-	19	-	32	-	661	-	1764
Tumores Malignos	-	-	-	-	1	3	5	2	81	3	283
Infarto agudo del Mio- cardio	1	4	1	2	-	-	-	-	56	4	273
Accidentes, Homicidios y otras violencias.	-	-	2	1	6	1	21	1	146	1	29
Septicemia	21	1	-	-	-	-	1	3	27	5	126
Bronconeumonía	11	2	2	1	3	2	-	-	16	6	115
Accid. Cerebrovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	7	8	121
S.I.D.A.	1	4	-	-	-	-	-	-	115	2	8
Paro Cardiorespiratorio	1	4	1	2	-	-	1	3	16	6	98
Neumonía	10	3	-	-	-	-	1	3	12	7	65
Insuf. Respiratoria	1	4	-	-	-	-	-	-	6	9	50
Otras Causas	99	-	15	-	9	-	3	-	179	-	596

Fuente: Unidad de Análisis y Tendencias de la Situación de Salud.

CUADRO XIV PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS - AÑO 1996.

CLASIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	TOTAL	SEXO		GRUPO DE EDAD						N.
		MASCULINO	FEMENINO	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60Y+	
TOTAL.....	289	187	102	5	23	45	36	34	141	
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	43	26	17	2	12	21	6	-	1	
Leptemias no especificadas	37	21	16	-	1	4	2	4	26	
Después de enfermedades cerebrovasculares y las al definidas sin especificación	25	16	9	-	-	1	2	-	22	
Hemorragia intracerebral	24	13	11	1	-	2	4	6	11	
Infarto sin mención de trauma	24	16	8	-	2	1	1	6	13	
Glomerulonefritis crónica sin especificación	21	15	6	-	4	3	7	5	2	
Pneumonia, organismo causal no especificado	20	10	10	-	-	-	1	2	16	
Tuberculosis pulmonar sin especificación	14	8	6	-	1	5	2	2	4	
Obstrucción crónica de las vías respiratorias clasificadas en otra parte.	13	13	-	-	-	-	1	2	10	
Infarto agudo del miocardio	11	6	5	-	-	-	1	1	9	
Asma y anomalías respiratorias	11	7	4	-	-	1	1	1	8	
Rumatismos de otros sitios especificados										
Cluso sitios múltiples	10	8	2	1	2	2	1	-	2	
Rumatismo intracraneal de otra naturaleza y : naturaleza no especificada	10	10	-	-	1	3	2	3	1	
Insuficiencia cardíaca (insuficiencia cardiopulmonar)	10	7	3	-	-	2	3	-	5	
Insuficiencia cardíaca congestiva	8	6	2	-	-	-	-	-	8	
Disfunción orgánica multisistémica	8	5	3	1	-	-	2	2	3	

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud H.S.T.

Instructivo

Sr (a), Buenos días (tardes) :

Estamos realizando un estudio dirigido a pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial que acuden a la Consulta Externa del Hospital Santo Tomás, con el propósito de conocer los factores que limitan el cumplimiento de las indicaciones medicas, entre ellas, el grado de información y/o educación que tenemos sobre la enfermedad y la actitud y el comportamiento que adoptamos ante el control satisfactorio de la Hipertensión.

Solicitamos contestar las preguntas de los tres Cuestionarios, que esperamos no represente un inconveniente en cuanto a su disponibilidad de tiempo, para colaborar en este Estudio. Sus respuestas son confidenciales y anónimas.

Las respuestas de todos los encuestados serán tabuladas , analizadas y consignadas en una tesis de grado, esperando mejorar la calidad de atención y el control ambulatorio de los pacientes hipertensos.

Los Cuestionarios constan de preguntas en las que se debe seleccionar la mejor respuesta, según su criterio y/o información, cuyas respuestas deben corresponder a su opinión sincera y a su comportamiento habitual. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Lea cuidadosamente el instructivo de cada Cuestionario. Para cualquier aclaración adicional, consulte al entrevistador.

Reciba de antemano, nuestro agradecimiento por su participación.

INSTRUCTIVO

Información General :

Adhesión al tratamiento

Paciente con antecedente de hipertensión arterial, cuya presión arterial al momento de la evaluación sea igual o menor a 140/90. Este resultado se complementa con el auto reporte de los pacientes y el juicio clínico del equipo técnico de salud.

No adhesión al tratamiento

Paciente con antecedente de hipertensión arterial, cuya presión arterial al momento de la evaluación sea mayor de 140/90. Este resultado se complementa con el auto reporte de los pacientes y el juicio clínico del equipo técnico de salud.

Edad

Número de años cumplidos a la fecha del estudio.

Sexo

Se refiere al sexo genérico, sea femenino o masculino.

Escolaridad

Último año de estudios formales cursado.

Estado Civil

Se refiere al estado civil o estatus legal de una relación.

Ingresos

Se refiere al salario que recibe mensualmente una persona.

Número de citas asistidas en los últimos seis meses

Se refiere al número de citas asistidas durante los últimos seis meses de control por / Hipertensión Arterial.

Cuestionario sobre comportamiento

Responda si o no, con sinceridad, a las siguientes preguntas de acuerdo a lo que usted usualmente hace, marcando con una X, el espacio correspondiente.

	SI	NO
1. Asisto a las citas de control	_____	_____
2. Mido mi presión, por lo menos una vez al mes	_____	_____
3. Como alimentos fritos más de dos veces por semana (Carnes con salsas, tajadas, frituras, etc.)	_____	_____
4. Elimino el exceso de grasas en las comidas	_____	_____
5. Mido la cantidad de sal que agrego a las comidas o las ensaladas .	_____	_____
6. Usualmente consumo vegetales y frutas	_____	_____
7. Hago ejercicios todos los días por media hora.	_____	_____
8. Vigilo mi peso por lo menos una vez a la semana	_____	_____
9. Dedico tiempo para satisfacer mis necesidades personales	_____	_____
10. Me organizo en el trabajo	_____	_____
11. Digo no cuando me solicitan cosas que no puedo resistir o estoy en desacuerdo	_____	_____
12. Tomo mis medicamentos diariamente en las dosis indicada	_____	_____
13. Fumo dos cigarrillos diariamente	_____	_____
14. Bebo más de una lata de cerveza por semana	_____	_____
15. Participo de los Grupos de Hipertensos organizados.	_____	_____

Cuestionario de conocimientos sobre Hipertensión Arterial.

A continuación se presentan algunas preguntas, con el propósito de conocer el grado de información o educación que Ud. ha recibido sobre Hipertensión Arterial. En cada pregunta se detallan varias probables respuestas, seleccione sólo una que de acuerdo a su juicio es la correcta, marcando la casilla correspondiente, a su derecha con una X.

1. Los valores normales de la presión arterial normal son :
140/100 120/80 130/95
2. La presión alta puede producir:
Ningún malestar dolor de cabeza, debilidad todas correctas
3. La Hipertensión Arterial es una enfermedad :
Severa que no se cura pasajera, que se cura No presenta complicaciones
4. La Hipertensión Arterial puede dañar principalmente :
Los huesos el cerebro ningún órgano
5. Si no controlamos la presión alta nos puede dar :
Un infarto una úlcera Artritis
6. Entre los factores que pueden subir la presión arterial, podemos mencionar:
Comer frutas y vegetales Sentirse frecuentemente estresado
Hacer ejercicios regularmente
7. La presión alta debe ser tratada :
Con medicinas Con remedios caseros Con medicamentos, dieta y ejercicios
8. Las medicinas para la presión alta deben tomarse :
Como lo indica el médico Sólo cuando sentimos mareos o dolor de cabeza
Sólo cuando vamos a trabajar
9. Puedo controlar mi presión arterial :
Comiendo azúcar y sal Tomando los medicamentos cuando me siento mal
Controlando mi peso
- 10) La hipertensión arterial afecta :
Sólo a la persona enferma La vida familiar
El rendimiento en el trabajo, en la casa y la vida familiar

Cuestionario sobre opiniones

Nos interesa su opinión sobre diversos aspectos asociados a la Hipertensión arterial. A continuación se describen opiniones, las cuales solicitamos que califique según su parecer o criterio, según las opciones señaladas, que a continuación detallamos :

De acuerdo : si su opinión es positiva
Ni de acuerdo ni en desacuerdo : si no tiene una opinión definida al respecto
En desacuerdo : si su opinión es negativa al respecto.

1. El tratamiento de los médicos no ayuda a controlar la presión alta

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

2. Los remedios caseros son efectivos en el control de la presión alta

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

3. Los curanderos son sabios en el tratamiento de la hipertensión arterial

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

4. El bajar de peso puede ayudar a bajar la presión

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

5. Los valores, las creencias y las costumbres familiares son más importantes que los tratamientos del doctor.

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

6. El control de la hipertensión debe ser a corto plazo

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

7. Mi familia debe conocer sobre mi enfermedad

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

8. Los tratamientos largos no son recomendables

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

9. Si no sentimos malestar, no es necesario cumplir con las indicaciones del doctor

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

10. Es bueno disminuir el exceso de responsabilidades o sobrecarga de trabajo.

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

11. No es necesario tomar los medicamentos diariamente en las dosis indicadas

1. De acuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. En desacuerdo

12. No vale la pena dejar de comer lo que me gusta para controlar mi presión
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
13. Las dietas no ayudan a controlar la presión
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
14. El paciente hipertenso no debe comer alimentos fritos
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
15. La cebolla y el ajo controlan la presión mejor que las pastillas
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
16. Si no controlo mi presión alta puedo morir
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
17. El fumar cigarrillos bajo en nicotina baja la presión
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
18. Tomar vino es bueno para la presión
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
19. Hacer ejercicios con frecuencia es una tarea pesada
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo
20. Es importante el apoyo de mi familia para controlar mi presión
1. De acuerdo 2.Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3.En desacuerdo

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Noviembre 9 - 20/98	Validación de Cuestionarios (Conocimientos – Actitudes y Comportamientos)
Noviembre 23 - 30/98	Construcción de Cuestionario de Actitudes, según análisis estadístico
Diciembre 1 - 30/98	Aplicación de Cuestionarios
Enero 4 -15/98	Continuación aplicación de Cuestionarios
Enero 18 - 22/99	Captación de Datos
Enero 25 - Febrero 26/99	Tabulación y Análisis de Datos
Marzo 1 - 19/99	Elaboración de Informe
Marzo 22 - 26/99	Entrega de Resultados

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Noviembre 9 - 20/98	Validación de Cuestionarios (Conocimientos – Actitudes y Comportamientos)
Noviembre 23 - 30/98	Construcción de Cuestionario de Actitudes, según análisis estadístico
Diciembre 1 - 30/98	Aplicación de Cuestionarios
Enero 4 - 15/98	Continuación aplicación de Cuestionarios
Enero 18 - 22/99	Captación de Datos
Enero 25 - Febrero 26/99	Tabulación y Análisis de Datos
Marzo 1 - 19/99	Elaboración de Informe
Marzo 22 - 26/99	Entrega de Resultados