

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Por:

MSc. Alfredo González Alfonso<sup>1</sup>, Dra. Norma González Alfonso<sup>2</sup>, Dra. Yanet Vázquez González<sup>3</sup>,  
Lic. Lizet González Alfonso<sup>4</sup> y Dr. Reinaldo Gómez Pacheco<sup>5</sup>

1. Master en Salud Pública. Especialista de I Grado en MGI.
2. Especialista de I y II Grados en Epidemiología.
3. Médico de Familia del Plan Turquino. Manicaragua, VC.
4. Licenciada en Enfermería. Asistente de la Facultad de Licenciatura en Enfermería.
5. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. ISCM-VC.

**Resumen**

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la participación familiar y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias de pacientes hipertensos pertenecientes al policlínico de Mata municipio de Cifuentes, Villa Clara, durante el año 2001; se instrumentó un modelo de encuestas para el posterior procesamiento de los datos mediante el software SPSS en su versión 6 para Windows, y se aplicaron las pruebas de Chi cuadrado y la V de Crámer, que permite comparar la fortaleza de la asociación. La deficiente interrelación médico-familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial. Existen necesidades educativas importantes de la célula fundamental de la sociedad para ofrecer un apoyo eficaz a estos enfermos.

**Descriptores DeCS:**  
HIPERTENSION  
FAMILIA

**Subject headings:**  
HYPERTENSION  
FAMILY

**Introducción**

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales<sup>1,2</sup>, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre<sup>3</sup>, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países, incluso en Cuba. En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su

comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto del organismo mayor que lo contiene<sup>4</sup>.

En 1998 el Dr. Hortwitz describía la salud como “un producto social que es la responsabilidad de todos<sup>5</sup>”.

Se han realizado diferentes estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que las personas sostienen con las comunidades donde habitan. Los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos.

Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes<sup>4</sup>.

Para las enfermedades crónicas –representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica–, la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante<sup>6</sup>, en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

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

## **Métodos**

Se realizó una investigación con diseño descriptivo, y se seleccionó una muestra probabilística por consultorios médicos, del universo de pacientes hipertensos dispensarizados en el año 2001 en el policlínico de Mata. La muestra estuvo constituida por 153 familias de pacientes hipertensos mayores de 18 años.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Variable dependiente: paciente hipertenso.
- Variables independientes:
  - Paciente controlado.
  - Apoyo familiar.
  - Interrelación médico-familia.
  - Funcionalidad familiar.
  - Necesidades cognoscitivas de la familia.

El paciente controlado fue clasificado en:

- Controlado: Si las cifras de tensión arterial se mantuvieron inferiores a 140/90 en el transcurso de un año, al menos en cuatro ocasiones durante ese período.
- Parcialmente controlado: Si durante el año, las cifras fueron inferiores a 140/90 en el 60 % de las tomas de presión arterial.
- Paciente no controlado: Si durante el año, en menos del 60 % de las tomas de presión arterial, las cifras fueron inferiores a 140/90 mmHg. (Anexo 1)

El apoyo familiar (Anexo 2) se clasificó en:

Bueno: Si algún miembro de la familia brinda ayuda al enfermo en cuatro o más de los siguientes aspectos:

1. Exigirle que cumpla el tratamiento.
2. Acompañarlo a la consulta.
3. Exigirle que cumpla la dieta.
4. Dejar de fumar, si fuma.
5. No ingerir en exceso bebidas alcohólicas.
6. Realizar ejercicios físicos.

Regular: Si brinda ayuda al enfermo en tres aspectos de los anteriormente señalados.

Deficiente: Si no brinda ayuda o lo hace en menos de tres aspectos.

La interrelación médico-familia (Anexo 3) se clasificó en:

Buena: Si el equipo de salud usa técnicas de comunicación con los familiares.

- El médico y la enfermera le explican a la familia aspectos relacionados con la enfermedad.
- El equipo de salud cumple el plan de visitas programadas en más del 95%.

Regular: Si cumple dos aspectos solamente.

Deficiente: Si cumple con uno o no realiza ningún aspecto.

Funcionalidad familiar:

Se operacionalizó en funcional y disfuncional, de acuerdo con la clasificación existente en la historia clínica realizada por el médico de familia.

Necesidades cognoscitivas de la familia.

Se operacionalizó en sí o no.

No: Si tiene información sobre:

- Dieta adecuada, daños que produce la ingestión de alcohol y el hábito de fumar, importancia del tratamiento, del ejercicio físico, de la asistencia a consulta, así como las complicaciones de la enfermedad.
- Sí: Si tiene información sólo de tres o menos de los aspectos anteriormente señalados.

Las técnicas de recolección de la información fueron: la observación documental, entrevistas al equipo de salud y a un familiar allegado del paciente que fuera conviviente con él.

El procesamiento estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el software SPSS en su versión para Windows. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para:

- Demostrar diferencias significativas entre por cientos, en tablas de una sola entrada, mediante la bondad de ajuste.
- Determinar posible relación entre variables en tablas de doble entrada. En este caso se acompaña el resultado de la prueba con el estadígrafo V de Crámer, lo que nos permitió comparar la fortaleza de la asociación.
- Conjuntamente con el valor de la prueba de Chi cuadrado, se mostró el correspondiente a su significación (p).
- De acuerdo con el valor de p, se clasificó la diferencia o asociación en:

Muy significativa:  $p < 0,01$ .

Significativa:  $p > 0.01$  y  $< 0,05$ .

No significativa:  $p > 0,05$ .

## Resultados

En cuanto a la funcionalidad familiar, un elevado número de familias fueron clasificadas como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados (tabla 1).

Tabla 1 Relación entre la funcionalidad familiar y el control de los pacientes hipertensos.

Funcionalidad familiar	Familia funcional		Familia disfuncional		No clasificada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Controlado	29	56,86	4	6,35	6	15,38	39	25,49
Parcialmente controlado	12	23,53	6	9,52	7	17,95	25	16,34
Descontrolado	10	19,61	53	84,13	26	66,67	89	58,17
TOTAL	51	100,0	63	100,0	39	100,0	153	100,0

Fuente: Historia clínica familiar  
Historia clínica individual

$$\chi^2 = 54,6 \quad p = 0,0000 \quad V \text{ de Crámer} = 0,4223$$

En los pacientes controlados, en 69,23 % existía buena interrelación del médico con su familia; sin embargo, en los enfermos descontrolados, en el 76,4 % esta interrelación era deficiente (tabla 2).

Tabla 2 Interrelación médico-familia y el control de los pacientes hipertensos.

Interrelación médico-familia	Control de los pacientes hipertensos							
	Controlados		Parcialmente controlados		Descontrolados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	27	69,23	10	40	4	3,4	41	26,80
Regular	8	20,51	8	32	18	20,2	34	22,22
Deficiente	4	10,26	7	28	67	76,4	78	50,98
TOTAL	39	100	25	100	89	100	153	100

Fuente: Historia clínica individual y encuestas

$$\chi^2 = 71,2 \quad p = 0,0000 \quad V \text{ de Crámer} = 0,4824$$

Al indagar la información que poseían las familias sobre hipertensión arterial, se encontró una pobre información sobre la dieta correcta, utilidad del tratamiento, así como la importancia del ejercicio físico y la nocividad del hábito de fumar.

Un bajo porcentaje de familias recibieron instrucción sobre la importancia de la disminución del peso corporal (tabla 3).

Tabla 3 Nivel de información de los familiares de los pacientes hipertensos acerca de la enfermedad

Información sobre:	No	%
Dieta	52	33,99
Tratamiento farmacológico	35	22,80
Ejercicios	26	16,99
Nocividad de la ingestión de bebidas alcohólicas	11	7,19
Hábito de fumar	11	7,19
Disminución del peso corporal	7	4,58
Asistencia a consulta	7	4,58
Complicaciones	5	3,27
No conocen	83	54,25

Fuente: Encuestas.

$$\chi^2 = 1,10 \quad p = 0,2933$$

El 79,08 % de las familias manifestaron tener necesidades educativas (tabla 4) para brindar un adecuado apoyo a los enfermos; se halló un deficiente apoyo familiar en el 58,92 % (tabla 5).

Tabla 4 Necesidades educativas de las familias de los pacientes hipertensos.

Necesitan	No.	%
Sí	121	79,08
No	32	29,92
TOTAL	153	100

Fuente: Encuestas.

$$\chi^2 = 44,98 \quad p = 0,0000$$

Tabla 5 Apoyo familiar al paciente hipertenso.

Apoyo	No	%
Bueno	34	22,12
Regular	29	18,96
Deficiente	90	58,92
TOTAL	153	100,00

Fuente: Encuestas.

$$\chi^2 = 44,98 \quad p = 0,0000$$

## Discusión

Los resultados muy significativos en relación con las familias disfuncionales y el descontrol de la hipertensión arterial en nuestro estudio, coinciden con los encontrados por Solilew y Miller, pues plantean que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares<sup>7</sup>. Trief y colaboradores refieren que cuando es buena la cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de tensión arterial<sup>8</sup>, lo que está también en correspondencia con nuestro hallazgo, aunque no se descarta la posibilidad de que exista un

factor genético implicado en la génesis de la enfermedad y la multifactorialidad<sup>9</sup>, que explicaría la existencia de pacientes descontrolados con buena funcionalidad familiar.

Reconocer la importancia de la célula fundamental de la sociedad en la atención y promoción de salud, obliga al personal sanitario a establecer relaciones de igualdad y cooperación con ella, transformándola en un recurso real y efectivo para el cuidado de sus miembros, con el objetivo de ejercer una benéfica influencia sobre los estilos de vida insanos, o que las personas adquieran responsabilidad en el logro de una vida saludable<sup>10</sup>; esto es muy importante, ya que la disminución del peso corporal rebaja la presión arterial de la mayoría de los pacientes hipertensos con más del 10 % de sobrepeso. Una reducción del 80 al 84 % en la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas conduce a reducciones de los valores sistólicos y diastólicos de 5,0/3,0 mmHg; un ejercicio dinámico isotónico, como caminar, disminuye de 5 a 10 mmHg la tensión arterial, tanto la diastólica como la sistólica, y se ha informado un descenso de 4,9/2,6 mmHg en relación con la reducción de 56-105 mmol en el aporte diario de sodio. No obstante la importancia de lo señalado, en nuestro trabajo encontramos un bajo nivel de información en estos aspectos, semejante al estudio de Friedman y colaboradores, que en 1994 concluyeron que sólo el 42 % de los fumadores recibió consejo para dejar de fumar, el 43 % sobre la conveniencia de bajar de peso, y al 15% se le aconsejó ejercitarse. Producto de esta escasa información, hallamos que un elevado índice de familias tenían necesidades educativas, lo que coincide con Verter BI, quien plantea, además, que esto puede ser una de las causas del alto porcentaje de hipertensos descontrolados obtenidos en sus estudios<sup>11</sup>, porque la calidad de vida, la promoción, prevención, curación y rehabilitación de los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social en que transcurre la existencia y en el que la familia es la más inmediata fuente de educación y apoyo, y ésta fue deficiente, de manera muy significativa, en los pacientes investigados.

### **Summary**

A descriptive study was carried out to characterize family participation and the relation doctor-family in the control of hypertension in 153 families of hypertensive patients that belong to the polyclinic of Mata, in Cifuentes, Villa Clara. The study was carried out during 2001. A model of surveys was implemented to later process data with SPSS software, version 6 for Windows. Chi-squared and Cramer V tests were applied to compare the strength of association. The deficient interrelation doctor-family, family missfunctioning and poor support to hypertensive patients from relatives were significantly related to miss control of blood pressure. There are important educating needs of society's main cell to offer an efficient support to these patients.

### **Referencias bibliográficas**

1. Pérez C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(3):237-40.
2. Luque A, González P, Mesa E, Mauroset R. Algunos factores psicosociales en la dinámica familiar en un sector del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(1):39-43.
3. Almagro D. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familias. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3):298-330.
4. Yepes Parra A. El derecho a la salud. Rev Cubana Salud Pública 1999;25(2):112-22.
5. Horwitz A. La epidemiología en América Latina. Bol Epidemiol 2000;21(3):2-3.
6. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial en Cuba. La Habana: MINSAP; 1998.
7. Palatini P. Tratamiento combinado en el control de la hipertensión. London: Science Press; 1999.
8. Martell N. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. En: Luque M. Tratamiento no farmacológico y farmacológico. Barcelona: Ediciones Doyma; 2000. p. 19-34.
9. Diez Laplaza T. Hipertensión arterial: diagnóstico y tratamiento [ en línea] 2000 [ fecha de acceso 2 de junio del 2004] . URL disponible en:

[http://www.adelas.es/CNSEG/TuSalud/spa/TSFondo/temas\\_de\\_salud/cardiologia/hipertension/doc\\_hta\\_b.htm](http://www.adelas.es/CNSEG/TuSalud/spa/TSFondo/temas_de_salud/cardiologia/hipertension/doc_hta_b.htm)

10. Robert W. Medicina del siglo XXI. La familia VII Seminario de atención primaria de salud. La Habana; 1999.
11. Verter B. High-lights of the sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Am J Health Syst Pharm 1998;55(4):126-32.