



19
24
11226

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
I. S. S. S. T. E.
CLINICA MARINA NACIONAL

EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. EDUARDO ALBERTO DE LA CRUZ
GARCIA

FALLA DE ORIGEN



ISSSTE

México, D. F.

Febrero 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

PAG.

INTRODUCCION.....	I
MARCO TEORICO.....	4
PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACION.....	14
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y METODO.....	16
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33

I N T R O D U C C I O N .

Dentro de las patologías del aparato cardiovascular la hipertensión arterial sistémica es un problema que requiere de la atención de todo aquel que se ocupe de la salud; Es la enfermedad más común en el hombre adulto; se estima que entre el 12-25% en mayores de 20 años en nuestro país sufren de hipertensión arterial(15).

Aparte de su prevalencia elevada y su mortalidad precoz de 18% es causa de invalidez en época productiva de la vida; Además, se sabe que el hipertenso vivirá menos años de lo que le correspondería vivir, en tanto más temprana se presente la enfermedad(15)(17).

La hipertensión arterial sistémica se define como: " La elevación de la presión arterial por arriba de cifras consideradas como normales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), los valores de 160/95 mmHg o superiores, definen al estado hipertensivo en el adulto, mientras que en el niño son las superiores a: 140/90.

Los niveles de presión arterial normales son aquellos que se encuentran por debajo de: 120/80 mmHg, las cifras fronterizas entre normotensión e hipertensión se encuentran entre: 140 - 159/90-95 mmHg y las cifras definitivamente elevadas son aquellas que se hallan por arriba de: 160/95 mmHg(22).

En las instituciones de 1er nivel, es importante que el médico familiar integre a la familia del paciente en el manejo terapéutico del paciente hipertenso; Así, la familia del paciente

conozca la enfermedad de su paciente, dentro de un marco de sencilla explicación pero a la vez completo. Es decir, en que consiste la enfermedad, sus posibles causas, su tratamiento dietético, farmacológico, y la importancia de la asistencia puntual y de manera regular a sus citas médicas, con el fin de identificar posibles complicaciones(I)(2)(8)(16).

La enfermedad hipertensiva por tratarse de un padecimiento cuyo manejo es a largo plazo, requiera que el enfermo lleve un programa de control médico estrecho tanto en manejo farmacológico, dietético y de asistencia puntual a sus citas médicas; tomando en cuenta que los pacientes cursan con descontrol de sus cifras tensionales favorecido por el inadecuado seguimiento de las normas terapéuticas lo que condiciona se puedan presentar de manera temprana complicaciones. Se considera que los padecimientos crónicos pueden favorecer que se presenten desordenes de ansiedad en el paciente, repercutiendo en el control y tratamiento. Favorecer la integración de la familia en el tratamiento puede disminuir la ansiedad en el paciente. Si el médico solo toma en cuenta el aspecto biológico de la enfermedad dejando de lado la educación y el apoyo familiar en el manejo del paciente hipertenso esto puede influir en el abandono del tratamiento o un seguimiento inadecuado del mismo(I)(6)(7)(13)(16)(19).

Los estudios de Cantor y cols. así como de Richard y cols. informan de la importancia de un programa educacional dirigido tanto a la familia como al paciente logrando así que el

paciente no abandone su tratamiento o lo siga en forma irregular. El programa habra de explicar en forma sencilla pero completa aspectos de la enfermedad como es causas posibles, manifestaciones clinicas, manejo y posibles complicaciones y el beneficio de asistir regularmente a su servicio médico(4) (8).

La evaluación de los conocimientos que la familia posee acerca del padecimiento y del apoyo que brinda al paciente para su seguimiento de normas terapéuticas, es de capital importancia ya que esto sera lo que marcare la forma en que se estructuraran los programas educativos, evaluaciones que han referido en sus estudios autores como: I.A. Nacional y cols, Morisy y cols. y Roma. Asi deben tomarse en cuenta los cambios respecto a la conducta del paciente dado lo prolongado de su tratamiento. El factor educacional para con la familia del paciente lo ando comprometerla en el apoyo al enfermo para el adecuado seguimiento de las normas higienico-dietéticas y farmacológicas lo ando un adecuado control del padecimiento y evitando en la medida de lo posible los descuentos de las cifras tensionales (13)(14)(17).

La hipertensión arterial .

Es la elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) los valores de 160/95 mmHg o superiores definen al ego. hipertensivo en el adulto(22).

Etiología.

Cuando el estudio exhaustivo del paciente no demuestra ninguna de las causas conocidas de hipertensión arterial al proceso se le denomina: esencial.

Tradicionalmente el 90% de los pacientes hipertensos pertenecen a este tipo, por otro lado cuando la elevación de la presión arterial es debida a una causa conocida se denomina: secundaria y solo un 10% de los pacientes hipertensos quedan englobados en este tipo.

Se ha establecido que la hipertensión arterial tipo esencial se encuentra condicionada por factores tales como: elevación del gasto cardiaco, elevación de las resistencias periféricas, o bien dependiente de volumen. En cuanto a las causas responsables de la hipertensión arterial tipo secundaria las mencionadas patologías tales como: glomerulonefritis, pielonefritis crónica, glomerulonefrosis diabética, estenosis congénita de arteria renal, arteritis de takayasu, hipercoestrolinemia, feocromocitoma primario, coartación aórtica.

Fisiopatología.

Los mecanismos que se ponen en juego en los trastornos

que causan la hipertensión arterial secundaria son los siguientes: Hipersecreción de aldosterona, producción excesiva de aldosterona y otras hormonas con acción mineralocorticoide, hipoperfusión sanguínea de un riñón por estenosis de arteria renal lo que condicionara finalmente un aldosteronismo secundario, participación de las arterias renales en una enfermedad inflamatoria vascular, o bien por secreción excesiva de catecolaminas. Respecto a la hipertensión arterial de tipo esencial esta tiene una franca tendencia familiar, las características genéticas de transmisión no se han identificado a la fecha y en cuanto al espectro fisiopatológico de este tipo de hipertensión es muy variado, debido a que los factores que determinan la elevación de la presión arterial interaccionan entre si de manera compleja, así tenemos como mecanismos: elevación de la renina plasmática con ausencia de nefropatía demostrable, la actividad de la renina plasmática se encuentra disminuida con aumento en el volumen extracelular, aumento en la actividad simpática(II)(19)(22).

Las complicaciones que pueden presentar los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica son: cardiopatía hipertensiva, nefropatía hipertensiva, retinopatía hipertensiva, arteriosclerosis arterial, encefalopatía hipertensiva(7)(12)(22).

Cuadro clínico.

La hipertensión arterial esencial es usualmente asintomática hasta las fases tardías de la enfermedad cuando comienzan a aparecer consecuencias patológicas graves.

En el pasado se consideraban manifestaciones tempranas de hipertensión fatiga, cefalalgia, vértigo epistaxis y otros síntomas. pero ese pto para circunstancias especiales (cefalalgia) no se ha establecido que estos síntomas sean consecuencia directa de la presión arterial elevada.

La cefalalgia varía notablemente en sus características con respecto a su localización, tipo y momento de aparición en el paciente hipertenso, estas cefalalgias hipertensivas suelen aparecer en la mañana temprano y su localización es generalmente frontal u occipital. Por otra parte, la cefalalgia es el síntoma más frecuente y temprano de la hipertensión maligna ya que se observa en un 85% de los pacientes (22).

En cuanto a la hipertensión arterial secundaria sera la sumatoria de los síntomas de la patologia de base agregada a la de la hipertensión.

En lo referente a la exploración física se ponra énfasis para buscar datos como: ruidos arteriales, pulso arteriales, exámen de fondo de ojo, presencia de cianosis, signos de cardiopatía hipertensiva como son: apé de localización normal pero con levantamiento sistólico sostenido, soplo sistólico aortico de tipo expulsivo, 2o ruido en foco aortico reforzado y de caracter metálico.

Estudios de Laboratorio y Gabinete.

Sevan solicitados dependiendo del tipo de hipertension arterial del que se este pensando, asi encontramos:

- 1.-Biometria Hemática.-buscando anemia como manifestacion de insuficiencia renal crónica.
- 2.-Quimica sanguinea.-investigar datos de insuficiencia renal.
- 3.-Electrolítas séricos.- presencia de hipokalemia, hiperkalemia, hipocalcemia, hipercalcemia con hipofosfatemia.
- 4.-Exámen general de orina.- hipostenuria persistente, piocitos en sedimento, cilindros hialinos, cilindros granulosos, albuminuria.
- 5.-Urocultivo.- busqueda de infeccion urinaria.
- 6.-Catecolaminas sericas y urinarias.- feocromocitoma.
- 7.-determinacion de aldosterona plasmatica.- aldosteronismo primario.
- 8.-detrminacion de renina plasmatica.- para catalogar el tipo de hipertension.
- 9.-detrminacion de 17 hidroxisteroides y 17 cetoesteroides. datos de hipercorticismismo.
- 10.-Placa simple de abdomen.- busqueda de riñon pequeño, Calculos urinarios radiopacos, nefrocalcinosis.
- 11.-Urografia excretora.- estenosis arterial renal,datos de pielonefritis crónica.
- 12.-Renograma.- estenosis de arterie renal.
- 13.-Gammagrama renal.- agenesia renal.
- 14.-Arteriografia renal selectiva.- estenosis de arteria re-

nal, feocromocitoma.

15.-Estudios de excreción urinaria.- hipertensión renovascular.

16.-Rayos X de tórax.- búsqueda de hipertrofia concentrica de ventriculo izquierdo y esclerosis aórtica, datos de coartación aórtica.

17.-El electrocardiograma.- hipertrofia ventricular izquierda

18.-Fonocardiograma.- Manifestaciones de cardiopatía hipertensiva, estudio de la función ventricular, esclerosis aórtica.

19.-Ecocardiograma.-Hipertrofia concentrica de ventriculo izquierdo.

Tratamiento.

Secundaria.- Depende en base a la causa que la este originario.

Primaria o esencial.- Los esquemas tradicionales de tratamiento que solo consideraban la cuestión farmacológica y la restricción de sodio, obtien indicaciones higiénico dietéticas como base inicial que posteriormente descansaban sobre un tratamiento farmacológico, están siendo reemplazados por un esquema más dinámico, como el siguiente: dietético, farmacológico, y un programa educacional (I)(6)(17)(22)(23).

I.- Dietético.- las dietas pobres en sal(500 mg. o menos) han quedado firmemente establecidas como medidas antihipertensoras. Sin embargo rara vez se ha obtenido control adecuado a largo plazo mediante esta sola medida, debido en parte a la dificultad de lograr la cooperación total del paciente para llevar esta régimen dietético. Reducción de peso, reducción de la tensión arterial, forma teórica el riesgo de aterosclerosis y finalmente la pérdida de peso en pacientes obesos mejora el pronóstico.

2.- Farmacológico.- que se encuentra integrado de los siguientes medicamentos:

- a) Diuréticos.- Tiazidas, clortalidona, esgironolactona
- b) Betabloqueadores.- Propranolol, metoprolol, atenolol
- c) Vasodilatadores: I.- arteriolares.- Hidralazina, minoxidil
II.- mixtos.- Prazosina, nitroglicerato
- d) Bloqueadores ganglionares.- Guanetidina, trimetafan
- e) Inhibidores simpáticos miméticos.- Reserpina, alfametil dopa
- f) Alfabloqueadores.- Ventolamina, Fenoxibenzamina
- g) Antagonistas específicos.- Captopryl.

3.- Programa educacional para la familia y el paciente hipertenso.

este programa tiene como fin lograr la cooperación y apoyo para que el paciente lleve un adecuado seguimiento de sus normas terapéuticas.

habra de explicarse a la familia del paciente en forma sencilla, consisa, y completa en que consiste la enfermedad de su paciente, las manifestaciones clínicas, tratamiento en sus aspectos: dietéticos, farmacológicos y la importancia de que el paciente no sienta que es una entidad separada de su familia y como único responsable de su manejo sino que cuenta con la familia integrada y que además entiende en que consiste la enfermedad que padece esto es el apoyo familiar. Asi mismo se habra de explicar las posibles complicaciones al padecimiento en su historia natural, la importancia de la asistencia regular y puntual a sus citas médicas.

Este programa habrá de realizarse en forma individual, esto es en cada consultorio y en forma colectiva, previa evaluación del conocimiento que la familia y el paciente tengan de su padecimiento y el apoyo que la familia brinda a las normas terapéuticas marcadas por el médico familiar.

Habrán de realizarse con la regularidad que cada médico o unidad de atención considere necesario.

Erick y cols. en 1987 en estudios realizados en E.U., confirman el hecho de que el padecimiento crónico habrá de favorecer la presentación de trastornos de ansiedad esto debido a que el paciente poco a poco va percibiéndose como entidad separada de su familia y por tratarse de pacientes en su mayoría de edad avanzada habrá de presentar con mayor frecuencia errores tanto en su identificación de medicamentos, como para recordar sus citas médicas, esto favorecerá el control y a su vez ansiedad al paciente que se ve inhabilitado para llevar un adecuado control como resultado de esto se vea ya la necesidad de integrar a la familia en el compromiso de la terapéutica del paciente hipertenso integración que deba mantenerse en estrecha colaboración con el médico tratante, así Gierul y cols. en 1987, Cantor y cols. en 1985, y Ling en 1987 refieren que la integración de la familia habrá de repercutir en forma favorable en el manejo del paciente hipertenso, que la familia adquiera conocimientos básicos de la enfermedad hipertensiva. Inevitablemente la evaluación del conocimiento de la enfermedad por parte de la familia y el apoyo que esta brinda al paciente para el seguimiento de sus normas terapéuticas.

Evaluación y transmisión de la información por parte del médico tratante así el paciente al sentir a su familia, comprometida en el manejo de su enfermedad se habría de sentir mayormente integrado a su propia familia dando como resultado un mejor control hecho que quedo comprobado en estudios realizados en E.U.

Roma y cols. en 1988, Simms y cols., Washort en 1985 todos integraban familias en el manejo de pacientes hipertensos lo- grande mejorar el control de los pacientes, el aspecto emocional y el educacional. esto es que la base de un programa educacional dirigido al paciente y su familia es en el que ambas partes tengan un conocimiento sencillo, completo y entendible de la enfermedad, percibiendo no a la enfermedad no como elemento de separación de un miembro de la familia sino como un elemento ajeno a la familia y en que en la medida que sea aceptado por la misma familia y entendido tanto en sus aspectos clínicos como de manejo se lograra controlar de manera más eficaz y adecuada a la enfermedad hipertensiva.

P R O P O S I C I O N E S .

La enfermedad hipertensiva arterial sistémica, es una de las patologías más frecuentes del aparato cardiovascular, se estima que entre un 10-25% en personas de 30 años en nuestro país la sufre. En este padecimiento (15)(22). Y un número importante de pacientes cuando son detectados en sus cifras tensionales lo que puede favorecer se presenten más tempranamente complicaciones que inclusive pueden llegar al fallecimiento.

Evaluando la participación de la familia para la integración en el tratamiento antihipertensivo, se basa en que se ha observado la asistencia de los pacientes en forma única a la consulta médica, el que se refiere un practico abandono de su vida toda la dificultad de preparar alimentos con bajo contenido en sodio, y que el paciente así mismo en las entrevistas ha referido ausencia o poca participación de la familia para llevar sus normas terapéuticas. Siendo necesario evaluar el apoyo familiar para que el paciente lleve en forma adecuada sus nuevas terapéuticas y no se perciba como entidad separada de su familia y como único responsable de su manejo.

Como resultado el 5% de los pacientes entrevistados no lleva o no cumple en forma adecuada su tratamiento, incluso hay casos en que se abandona el tratamiento. Este tipo de situaciones ha sido mencionada por autores como I. A. Macdonald, Sims, Wadsworth esto es debido probablemente a una pobre integración del paciente con su familia así como una pobre participación de la familia del paciente hipertensivo.

Por lo que es importante evaluar tanto el conocimiento que la familia y el paciente tienen de la enfermedad hipertensiva así como el apoyo que esta brinda a su enfermo para el adecuado seguimiento de las normas terapéuticas tanto en el aspecto: Dietético, farmacológico y el de acompañamiento a su familiar a sus citas médicas.

información que una vez obtenida habrá de servir para estructurar programas educacionales más completos y adecuados.

J U S T I F I C A C I O N .

En nuestro país las instituciones de Ier nivel de atención es probable que se ponga poco énfasis por parte del médico en la evaluación de la participación de la familia en el tratamiento del paciente hipertenso y el apoyo que esta le brinda, para que este no se perciba como entidad separada de su familia a causa de su padecimiento, quizá debido a que en muchas ocasiones se desconoce el nivel de conocimiento que tanto el paciente como la familia tienen respecto de la enfermedad (I5).

Tal vez no se le ha explicado al paciente y a su familia los beneficios que reportaría para ellos el que la familia se integrara al manejo en forma más activa, a las normas terapéuticas. Dado que toda enfermedad de un miembro repercute en la familia desde el punto de vista de la dinámica familiar. Creemos que esto obedece posiblemente a que las actividades educativas tendientes a integrara a la familia a una participación más activa con respecto al tratamiento del enfermo se encuentran realizadas en forma no sistemática y adecuada.

Hay que recalcar que en los programas educacionales habrá de manifestarse la importancia de integrar a la familia en el tratamiento lo que evitara un inadecuado seguimiento del tratamiento por parte del paciente hipertenso dando como resultado una disminución de los descontrolados de las cifras tensionales del enfermo y la posible evolución sea esta a mediano o corto plazo a complicaciones con el consiguiente elevado costo en el manejo del paciente (4)(6)(I5)(I9).

O B J E T I V O S .

- 1.- Identificar la participación de la familia en el tratamiento del paciente con hipertensión arterial sistémica. A través del conocimiento que la familia y el paciente tienen de la enfermedad.
- 2.- Identificar el conocimiento que la familia tiene de la enfermedad hipertensiva arterial sistémica.
- 3.- Motivar que el paciente lleve un adecuado control de sus cifras tensionales a través del adecuado seguimiento de las normas terapéuticas tanto de sus indicaciones higiénico - dietéticas como farmacológicas marcadas por su médico familiar, ^{esto} mediante programas educativos a pacientes y familias.
- 4.- Evaluar la participación de la familia en las normas terapéuticas indicadas para su paciente por el médico familiar.

M A T E R I A L Y M E T O D O .

El presente estudio se realizó usando el tipo de investigación: longitudinal, descriptivo y abierto.

Se aplicaron cuestionarios (anexo I) previa prueba piloto, que se aplico a 10 pacientes y sus respectivos familiares. Así se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- Todo paciente hipertenso que se presente a su control en la Clínica Mariva Nacional.
- 2.- Familiar de paciente hipertenso que acompañe al paciente en sus controles.
- 3.- Familias en las cuales se cuentan en sus miembros pacientes hipertensos en tratamiento y control siendo seroconhábientes de la Clínica Mariva Nacional.

Se establecieron como criterios de exclusión los siguientes:

- 1.- Pacientes que vivan sin compañía.
- 2.- Pacientes que no deseen participar en estudio.
- 3.- Trastornos psiquiátricos en el paciente como: esquizofrenia y psicosis.

Descripción general del estudio: Los y pacientes en control de la enfermedad de hipertensión arterial sistólica al pasar a consulta por el médico familiar. Toma de cifras tensión arterial en ambos brazos cifras que se comparan con sus controles previos de tensión arterial así mismo se le discute al paciente acerca de si ha presentado sintomatología compatible con el control de su tensión arterial.

Que esta haya condicionado acudir al servicio de urgencias adulto o bien fuera causa de acortar el tiempo entre citas de control finalmente como parte de su interrogatorio se le cuestiona en caso de que fuera afirmativa la respuesta a descontrol, las posibles causas a lo que lo atribuye.

Posteriormente se le explica al paciente que se le proporcionara un cuestionario cuya finalidad es conocer el apoyo familiar, la participacion de su familia en la terapeutica, y el conocimiento que el paciente tiene de su propio padecimiento. este cuestionario lo respondera sin externar sus dudas respecto a las preguntas a su familiar acompañante una vez concluido esto se le proporciona el mismo cuestionario al familiar acompañante ya que contiene una seccion especifica destinada para el, asi mismo y de la misma forma se explica al familiar la finalidad de este cuestionario y que debe contestarse sin comunicarse con su paciente.

Trabando concluido las dos fases del cuestionario se procede a realizar las recetas necesarias de los medicamento necesarios para el paciente, y se da una breve platica de la importancia del papel en forma activa de la familia en el apoyo a la terapeutica antihipertensiva, como ultimo punto se da un bosquejo sencillo de los aspectos en los que el paciente al parecer manifiesta poca o nula informacion.

En lo que respecta al contenido del cuestionario este esta conformado en 5 bloques: el primero es una ficha de identificacion la que proporciona datos como: Nombre, edad, ocupacion, Edo. civil, lugar de origen, escolaridad, expediente, consultorio.

Tiempo de hipotensión.

El segundo da información respecto al conocimiento del paciente para su enfermedad, si es ayudado por su familia en su tratamiento.

El tercero se habla del apoyo familiar al tratamiento.

El cuarto respecto al papel activo de la familia para con la terapéutica.

Y finalmente una pregunta para el familiar y otra para el paciente para determinar su conocimiento del padecimiento.

Conviene aclarar hubo la necesidad de prueba piloto a 10 pacientes con su respectivo familiar con la finalidad de comprobar si el cuestionario no reportaba dificultad para el paciente o el familiar para ser respondido y si llenaba las expectativas en cuanto a sus dudas o de los aspectos en los cuales el paciente poco apoyo recibe y casi nunca comenta a su médico. En los 10 paciente no reportaron dificultad en las respuestas ni prolongo la consulta otorgada, y unicamente se agrego preguntas respecto a si al paciente se proporciona información de su padecimiento por parte de su médico, la importancia de la suspensión del tratamiento. Para el familiar se agregaron preguntas respecto a si se le ha explicado en que consiste la enfermedad de su familiar y la forma en que coopera para llevar las normas terapéuticas indicadas a su enfermo.

Los cuestionarios se aplicaron en el Clínica Marina "Nacional Del I.S.S.S.T.E. a derechohabientes y a los médicos tratantes se les explico el contenido y objetivos del estudio.

R E S U L T A D O S .

Se estudiaron un total de 70 pacientes durante el período de Junio a Diciembre de 1955, aplicandose un cuestionario (anexo I) a pacientes hipertensos y a sus familiares, se evaluó el apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento del paciente hipertenso.

Todos los pacientes estaban diagnosticados como portadores de hipertension arterial sistémica, tipo esencial. Se encontraban ya con indicaciones dietéticas y farmacológicas por parte de sus médicos familiares.

De los 70 pacientes estudiados 37 son del sexo femenino (cuadro I) con un rango de edad de 45 a 80 años con un \bar{X} 61.9;

Los otros 33 pacientes pertenecen al sexo masculino (cuadro II) con un rango de edad de 44 a 74 años y con un \bar{X} 59.5

Respecto de la ocupación de los pacientes se encontró lo siguiente: 25 dedicados al hogar (35.71%), 3 profesionistas ejerciendo (4.28%), 31 empleados (44.30%), y 11 jubilados (15.71%). La escolaridad de los pacientes fue la siguiente: analfabetas 4, primaria 30, secundaria 14, preparatoria 4, carrera técnica 15, profesionista 3 (cuadro III).

El est. civil de los pacientes es: 20 viudos, 49 casados y 1 divorciado; Con un tiempo de hipertension de: 18 pacientes con menos de 5 años de hipertension y 52 con más de 5 años de evolución del padecimiento.

En lo referente a las respuestas a las preguntas de los cuestionarios se encontró lo siguiente: Las preguntas 8 a la 12 evaluaron si el paciente conocía o tenía algún concepto claro de su enfermedad, así como si solicitaba la información de la misma a su médico familiar, se insertó en este grupo

de preguntas una en específico para conocer si el paciente había sufrido descontrol en sus cifras tensionales, así mismo había otra pregunta para que el paciente expresara si su familia le apoyaba en el seguimiento de su tratamiento.

Los resultados fueron agrupados en cuatro rubros (cuadro IV):

I.- Abarcó a 5 pacientes (8.57%), estos pacientes se caracterizaron por tener un concepto claro de su enfermedad, cuestionar al médico respecto de su enfermedad, estar al tanto de sus indicaciones terapéuticas y contar con apoyo familiar para su tratamiento y regular descontrol de sus cifras tensionales.

II.- Incluyó a 37 pacientes (52.85%), estos se caracterizaron por referir tener un concepto no del todo claro de su enfermedad, cuestionan al médico respecto de su padecimiento y todos refirieron descontrol de sus cifras tensionales. respecto del apoyo familiar 28 pacientes respondieron ser auxiliados con la medicación y 9 pacientes solo ser auxiliados en el aspecto dietético.

III.- Solo 10 pacientes (14.30%), no tenían claro concepto de su enfermedad, están al tanto de su tratamiento, no cuestionan al médico respecto de su padecimiento y refieren descontrol de sus cifras tensionales sin contar con apoyo familiar para llevar su tratamiento.

IV.- 17 pacientes (24.28%), se caracterizaron por tener un concepto claro de su enfermedad, cuestionan a su médico familiar respecto de su padecimiento, recibiendo apoyo por parte de su familia para llevar su tratamiento sin embargo refieren presentar descontrol de su tensión arterial.

Las preguntas 12 a 15 evaluaron el apoyo familiar al paciente en la terapéutica. Formándose de cuenta 4 grupos (cuadro V)

I.- El apoyo familiar se centra en la medicación, fueron 31 pacientes (44.28%).

II.- La familia centra la atención en el aspecto dietético total de pacientes 23 (32.85%).

III.- La familia le recuerda la medicación, la dieta, acompaña a su paciente a las citas médicas y en un caso le toma las cifras tensionales con regularidad. total de paciente 6 (8.57%).

IV.- Los familiares respondieron apoyar respecto a la medicación sin embargo se considera otro grupo aparte dado que el paciente refiere no recibir apoyo de su familia para su tratamiento. Total de pacientes 10 (14.30%).

Las preguntas 16 a 21 evaluaron la participación de la familia en apoyo a la terapéutica, formándose 2 grupos (cuadro VI)

I.- De 6 pacientes (8.57%) se caracterizaron por conocer el tiempo de enfermar de su familiar, apoyar tanto a la medicación como a la dieta, acudir a las citas médicas de su paciente y conocer las posibles complicaciones de la enfermedad.

II.- De 64 pacientes (91.43%) la participación de la familia es parcial ya sea centrada su atención a la medicación, la dieta, o bien no acompañan en forma regular a su paciente a las consultas. Así mismo 17 familiares respondieron que no cuentan con información completa del padecimiento de su familiar y de las posibles complicaciones de la enfermedad.

Respecto a las preguntas 22 y 23 su propósito era conocer si la información que se le ha proporcionado al paciente ha logrado mejorar el conocimiento de su enfermedad y en base a la información manejada poder discernir el porqué de sus descontrolados si es que se han presentado. La 23 fue destinada al familiar en específico, para que en base a la información que se le ha proporcionado del padecimiento, determine la o las posibles causas del descontrol de su familiar o del porqué del inadecuado control de la enfermedad.

Los resultados fueron los siguientes:

La pregunta 22 dio como resultado la formación de tres grupos:

I.- de 6 pacientes (8,57%), no reporto descontrolados y si los presentara refirió sería a causa de no llevar adecuadamente su medicación, su dieta o bien porque habría surgido alguna complicación de la misma enfermedad que ameritaría consulta médica en el menor tiempo posible.

II.- De 42 pacientes (61%), refirió descontrol de su tensión arterial debido a causas como: ruidos, obesidad, fumar en exceso, conflictos familiares, no encontrar a su médico tratante original en su consultorio, o bien por un franco desconocimiento de la causa.

III.- De 22 pacientes (31.43%), refiere que la causa de los descontrolados es debido a que le ha sido imposible llevar en forma adecuada su control farmacológico, dietético, ya sea por olvido o porque en ocasiones no cuenta con su medicamento en forma regular u omisión en las consultas médicas.

Los resultados de la pregunta 23 tambien se agruparon en 3:

I.- De 6 familiares (8.57%), respondieron que si la enfermedad no se controlaba en forma adecuada seria a causa de no llevar su medicacion, su dieta, o bien que el paciente no acude a sus citas medicas.

II.- De 39 familiares (55.73%), refirieron desconocer las causas del inadecuado control de su paciente y las respuestas fueron en forma casi directa si ser más explicitos.

III.- de 25 familiares (35.71%), refiere que el paciente se descontrola porque no lleva su adecuado control ya sea porque no toma la medicacion correctamente no sigue su dieta o bien no acude a sus citas medicas por olvido o cambio de médico.

CUADRO I

DISTRIBUCION DE PACIENTES ENFEROS POR GRUPO DE EDAD.

INTERVALO	FRECUENCIA OBSERVADA	%
41-50	5	(13.51)
51-60	10	(27.02)
61-70	16	(43.24)
71-80	4	(10.81)
81-90	2	(5.40)
TOTAL	37	(100)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO II

DISTRIBUCION DE PACIENTES SAGUINICOS POR GRUPO DE EDAD.

INTERVALO	FRECUENCIA OBSERVADA	%
44-49	5	(15.15)
50-55	2	(6.06)
56-61	9	(27.27)
62-67	8	(24.24)
74-79	2	(6.06)
TOTAL	33	(100)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO III

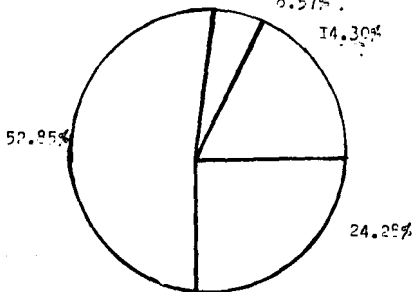
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRADO DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	PACIENTES	%
Analfabetas	4	(5.71)
Primaria	30	(42.85)
Secundaria	14	(20.00)
Preparatoria	4	(5.71)
Carrera Tecnica	15	(21.43)
Profesionista	3	(4.30)
TOTAL	70	(100)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO IV

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE RESPECTO A SU ENFERMEDAD: CAUSAS, MANIFESTACIONES CLÍNICAS, IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL 8.57%

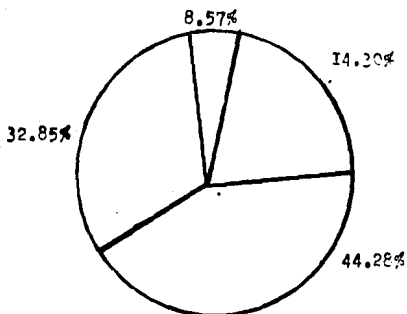


PACIENTES	f	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
6	8.57	Conoce causas, manifestaciones clínicas, la importancia del manejo integral, además solicita información a su médico de su padecimiento.
37	52.85	No cuentan con información del todo clara y completa.
10	14.30	Solo conoce aspectos aislados de su enfermedad y tratamiento.
17	24.28	Cuentan con conocimiento de su enfermedad y de su manejo sin embargo no cuentan con adecuado control de su enfermedad.

FUENTE: HOja de recolección de datos.

CUADRO V

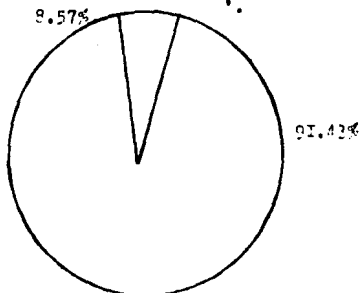
APOYO DE LA FAMILIA A LA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE HIPERTENSO



PACIENTES	%	ASPECTO AL QUE BRINDAN APOYO.
24	44.28	Apoyan la medicación recordándole su toma y surtir sus recetas.
23	32.85	Brindan apoyo a la dieta.
6	8.57	Brindan apoyo a la medicación, la dieta y participan en las consultas de su paciente.
10	14.30	El paciente refiere no contar con apoyo de su familia para llevar su terapéutica.

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO VI
 PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE
 HIPERTENSO: APOYO AL TRATAMIENTO, PARTICIPACION DE CONSULTAS.



PACIENTES	%	PARTICIPACION.
6	8.57%	Consultas, manejan, cuestionan al médico tratante respecto a la enfermedad de su familiar.
64	91.43	La participación solo es para apoyar aspectos aislados del tratamiento.

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

D I S C U S I O N .

El involucrar a la familia en el manejo del paciente hipertenso además de un control médico ha probado resultar en una combinación que ha favorecido un control más adecuado para el seguimiento de la terapéutica del paciente hipertenso, así mismo el paciente comienza a ya no percibirse como entidad separada de su familia por su misma enfermedad como lo reflejan autores como: Cantor y cols., Bick y cols, Hatcher y cols Romm y cols., Simms y cols., quienes mencionan que la evaluación previa del conocimiento que se tiene de la enfermedad y del apoyo brindado a la terapéutica para posteriormente en base a esta información obtenida organizar y estructurar programas educacionales dirigidos tanto a la familia como al paciente en los cuales se da una información completa de la enfermedad y poniendo énfasis en que con la colaboración de la familia se lograrara que el paciente lleve un control más fidalgno ya que se disminuye la ansiedad que un momento dado se pudiera favorecer por la misma enfermedad al ya no ser el único responsable de manejar su tratamiento y sus medidas higiénico-dietéticas, y que sobre todo su familia entienda el contexto real de su padecimiento y sus posibles complicaciones .

Así también en el estudio encontramos que el 52.85% de los pacientes son mujeres a lo que cabe mencionar que es la mujer la que pone más interés en su edo. de salud, razón por lo que acude en forma más regular a su control médico(15). El X

59.9 para la edad de los pacientes se correspondió para lo referido en la literatura (22), esto es que la 4a y 5a decada son las más afectadas por el padecimiento según lo refieren autores como Guadalajara y cols.; 52 pacientes cuentan con más de 5 años de evolución de la enfermedad lo que nos habla de lo difícil que resulta para el paciente el llevar un tratamiento tanto farmacológico como higiénico dietético y una situación de exclusión familiar a causa de su mismo padecimiento por la prolongada evolución que esta tiene. Hechos puestos de relieve por autores como Eick y cols., I.A. Nacional y cols., Romm y cols.; Por otro lado encontramos un franco predominio de educación básica en los pacientes lo que sera un escollo para establecer una adecuada sintaxis de comunicación en cuanto a la información de tipo médico que se desea brindar al paciente. Es por esto mismo que es importante adecuar los programas educacionales del padecimiento tomando en cuenta este factor como los refieren Cantor y cols., Eick y cols., Erick y cols etc.; Respecto a si el paciente busca información y cuestiona al médico respecto a su enfermedad y a pesar de lo anterior presentaba el control fue de un 52.85%, esto la mayoría de los pacientes cuenta con información no del todo completa y cursa con descontrol sin embargo no se puede tomar como el unico factor condicionante de descontrol, ya que vemos que a esto se suma el que la familia solo apoyaba al paciente en aspecto aislado del tratamiento como es: Dieta, medicación, o recordar citas médicas, esto explicado por la familia por no tener

información completa del padecimiento y de su manejo, el porcentaje que así lo dejó entrever fue de 91.43%, situación ya mencionada en sus estudios por autores como: Eick y cols., y Romm; la pregunta 22 y 23 quizá las más interesantes para la investigación ya que en estas se ponía a prueba si el paciente había sido sincero en sus respuestas previas en cuanto a tener información adecuada y proporcionada por su médico. Y así tenemos que el 60% de los pacientes respondió a la pregunta 22 que la causa más común de su descontrol se debía a situaciones como: "nervios, fumar en exceso, conflictos familiares, menopausia etc.;" lo que dejó entrever que el paciente cuenta con información del momento de su diagnóstico y la que ocasionalmente le es proporcionada en sus consultas no entendiéndolo si es necesario el cuestionar respecto a la evolución de su enfermedad. Y así Eick y Johnson ya lo habían sugerido en sus evaluaciones realizadas a pacientes hipertensos.

La pregunta 23 que se dirige a los familiares prácticamente corroboró lo anterior dando como resultado que el 91.43% de los familiares desconoce en forma específica el porqué de un inadecuado control Erick y Diamond ya habían mencionado esta situación en las familias de los hipertensos al realizar evaluación de las mismas.

De los objetivos que se investigaron se encontro lo siguiente:

- El paciente practicamente desconoce en forma completa y adecuada su enfermedad así como la importancia de su manejo terapéutico tanto farmacológico como de las medidas higiénico-dietéticas.
- La familia solo conoce en forma aislada los aspectos de la enfermedad y su tratamiento.
- La evolución de la familia en el apoyo a la terapéutica del paciente hipertenso, mostro que si esta se consigue el control sera en forma más adecuada y facil de sobrellevar para el paciente.

C O N C L U S I O N E S .

Se sugiere la necesidad de realizar programas y actividades educacionales y que dichas actividades y programas sean adaptadas tomando en cuenta el aspecto de la preparación escolar de los pacientes. Así mismo es conveniente el que se realizen en forma sistematica y periódica tanto a nivel individual como colectivo queda establecido al permitirse el porcentaje tan elevado de familias y pacientes faltos de una información completa tanto de su enfermedad y de los beneficios de integrar a la familia al manejo más activo del padecimiento del enfermo.

ANEXO I

EVALUACION DEL APOYO FAMILIAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DEL
 PACIENTE HIPERTENSO.

- 1.-Nombre: Expedientes:
 2.-Edad.- Consultorios:
 3.-Ocupación.-
 4.-Edo. Civil.-
 5.-Originario.-
 6.-Escolaridad.-
- 7.-Tiempo que se sabe hipertenso.-
- 8.-Sabe ud. que es la hipertension arterial?.-
- 9.-Le ha comunicado su médico la posible(s) causa(s) de su enfermedad?.-
 SI NO
- 10.-Ha pedido la información acerca de la hipertension?.-
 SI NO
- 11.- Dónde.- Médico () Revistas () Familia () O
- 12.-Se le ha descontrolado su presión desde que se le diagnostico hipertension.
 SI NO
- 13.- Su familia lo apoya para llevar su tratamiento.
 SI NO
- 14.-En que forma.-
 En la dieta () Recordandole su medicacion() Otra()
- 15.-A su familia se le ha explicado en que consiste su enfermedad.-
 SI NO
 PARA SER LLENADO POR EL FAMILIAR.
- 16.- Sabe desde cuando es hipertenso su familiar.- SI () NO ()
- 17.- Se le ha explicado en que consiste la enfermedad de su familiar
 SI NO.
- 18.-Se le ha explicado las posibles complicaciones de la enfermedad de su familiar.-
 SI NO.
- 19.-Se le ha descontrolado la presión a su familiar desde que se le diagnostico la hipertension.- SI () NO ()
- 20.-De que forma apoya a su familiar en su tratamiento.-
 La dieta() Recordandole la medicacion() Otra()
- 21.-Si marco otra especifique.-
- 22.-Si se ha descontrolado su presión a que lo atribuye (RESPONDE PACIENTE)
- 23.-Si se ha descontrolado la presión de su familiar a que lo atribuye (RESPONDE EL FAMILIAR).

REFERENCIAS

- I.-Bonita Falkner, M.D., Management of Hypertension in Children and Adolescents. *Am. Fam. Phy.* :34(5) IOI-IO9 Nov. 1986.
- 2.-Cierpial, M.D., Shasby DE., Patterns of maternal behavior in the spontaneously hypertensive rat. *Physiol Behav.* :39(5)633-7 1987.
- 3.-Clarke WR, M.D., Schrott HG, M.D., Aggregation of blood-pressure in the families of children with labile high systolic blood pressure. *The Muscatine Study. Am J. Epidemiol.* :123(1)67-80 Jan. 1986.
- 4.-Cantor J.C., M.D., Morisky D.E., M.D., Green L.W., M.D., Levine D.M., M.D., Cost-effectiveness of educational interventions to improve patient outcomes in blood pressure control. *Prev. Med.* :14(6)782-800 Nov. 1985.
- 5.-Elk R., M.D., Nash E.S., M.D., Hypertension in the aged- psychosocial and psychiatric concomitants in a coloured community. *S Afr. Med. J.* :67(26)1046-9 Jun. 1985.
- 6.-Erick L. Diamond, M.D., Ken Grauer, M.D., The spectrum of anxiety disorders in family practice. :36(6)167-173 Dec. 1987.
- 7.-Edward H. Wagner, M.D., Hypertension labeling and well-being: alternative explanations in cross-sectional data. *J Chron. Dis.* :37(12)943-7 1984.
- 8.-Richard F. Gillum, M.D., Et Cols., Personality, Behavior, Family Environment, Family Social Status And Hypertension Risk Factors in Children. *J Chron. Dis.* :38(2)187-194 1985.
- 9.- Hatcher M.E., M.D., Et Cols., Validation of a decision model for triaging hypertensive patients to alternate health education interventions. *Soc. Sci. Med.* :22(8) 813-9 1986.
- 10.-Johnson E.H., M.D., Schork N.J., M.D., Spierlberger C.D. M.D., Emotional and familial determinants of elevated blood pressure in black and white adolescents females. *J Psychosom. Res.* :31(6)731-41 1987.
- 11.-Kagamimori S., M.D., Et Cols., Familial aggregation of red blood cell cation transport systems in Japanese families. *Am J. Epidemiol.* :122(3)386-90 Sep. 1985.

- 12.-Lindg F., M.D., Furu, M.D., Ljung Bo, M.D., :A longitudinal study on the significance of environmental of essential individual factors associated with the development of essential hypertension. *J Epidemiol. Community Health*:41(3)220-6 Sep. 1987.
- 13.-L.A. Macdonald, M.D., Et Cols., :Labelling in hypertension; A review of the behavioural and psychological -- consequences. *J Chron. Dis.*:37(12)913-42 1984.
- 14.-Morisky D.E., M.D., Et Cols., :Evaluation of family health education to build social support for long-term --- control of high blood pressure. *Health Educ.*:12(1)35-50 Spring 1985.
- 15.-Manual.: Programa de detección y control de la hipertensión arterial. I.S.S.S.T.E.:7 Pag.1-43 Mar. 1986.
- 16.-Paterson T.L., M.D., Et Cols., :Aggregation of blood pressure in anglo-american and mexican-american families. *Prev. Med.*:16(5)616-25 Sep. 1987.
- 17.-Romm F.J., M.D., :The family and hypertension in family practice. *J Fam. Prac.* :21(1)49-53 Jul. 1985.
- 18.-Rillum R.F., M.D., Et Cols., :The mineapolis children's blood pressure study. *J Chron. Dis.*:38(2) 187. 1985.
- 19.-Sims J., M.D., Et Cols., :Familial and individual influences on blood pressure. *Acta Genet. Med. Gemellol(Roma)*:35(1-2)7-21 1986.
- 20.-Spears M.A., M.D., Et Cols., :Blood pressure concordance between spouses. *Am J. Epidemiol.*:123(5)818-29 May. 1986.
- 21.-Schaefer L.J., M.D., Kumanyika S.K., M.D., :Maternal variables related to potentially high-sodium infant-feeding practices. *J Am. Diet. Assoc.*:35(4)433-8 Apr. 1985.
- 22.- Tratado, Guadalajara J.F., M.D.: *Cardiologia*, Ed. Mendez Cervantes. Pag.617-61 1981.
- 23.-Wadsworth M.E., M.D., Et Cols., :Blood pressure in national birth cohort at the age of 35 related to social and familial factors, smoking, and body mass. *Br Med. J. (Clin Res)*:30;291(6508)1534-8 Nov. 1985.