

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

POST-GRADO



**APOYO PERCIBIDO: EFECTOS SOBRE EL PACIENTE
HIPERTENSO PARA QUE REALICE ACCIONES
DE AUTOCUIDADO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA**

PRESENTA:

LIC. ROSALVA RONQUILLO GUEDEA

MONTERREY, N. L.

ABRIL DE 1992

TM

RC68

.H8

R6

c.1



1080070870

AC14
R6
C.3

000060

AUTOR

Ronquillo Guedea, Rosalva.

TITULO

Apoyo percibido : Efectos
sobre el paciente hipertenso
para que realice acciones de

FECHA DE

NOMBRE DEL LECTOR

autocuidado

Ronquillo Guedea,
BIBLIOTECA DE POST-GRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
U. A. N. L.
Rosalva.

BIBLIOTECA
FAC. DE ENFERMERIA
U. A. N. L.

000060

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

POST-GRADO



COMISION DE APROBACION

COMISION DE TESIS

M. Rófilo García Elizondo

APOYO PERCIBIDO: EFECTOS SOBRE EL PACIENTE
HIPERTENSO PARA QUE REALICE ACCIONES
DE AUTOQUIDADADO

M. Martha C. Salazar G.

Secretario

M. Esther C. Gallegos G.

Vocal

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

Monterrey, N. L. PRESENTA: Abril de 1992.

LIC. ROSALVA RONQUILLO GUEDEA

MONTERREY, N. L.

ABRIL DE 1992



(1010)

TM
RC 685
.H8
R6



(70870)

NOTA DE APROBACION

Aprobada

COMISION DE TESIS

[Signature]

Dr. Teófilo Garza Elizondo.
Presidente

B. Bertha Salazar G.

Lic. Bertha C. Salazar G.
Secretario

[Signature]

Lic. Esther C. Gallegos C.
Vocal

Monterrey, N.L.

Abril de 1992.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

APOYO PERCIBIDO: EFECTOS SOBRE
EL PACIENTE HIPERTENSO PARA QUE
REALICE ACCIONES DE AUTOCUIDADO

ASESOR:
DR. TEOFILO GARZA ELIZONDO

CO-ASESOR:
LIC. BERTHA C. SALAZAR G.

ALUMNA:
ROSALVA RONQUILLO GUEDEA

MONTERREY, N.L.

RESUMEN

Se estudiaron los efectos de varias medidas de apoyo familiar en las actividades de autocuidado en pacientes hipertensos. La muestra consistió de 36 adultos hipertensos de 29 a 80 años de edad que pertenecían al Programa de Hipertensos del Programa Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo San Miguel en el municipio de Guadalupe, N.L.

Se les interrogó por medio de dos cuestionarios:

Uno midió el nivel de apoyo familiar en varias situaciones de la vida tales como apoyo económico,¹⁰ apoyo en la enfermedad, apoyo en cuanto a acciones o pensamientos, entre otros y otro que midió las acciones de autocuidado realizadas.

El objetivo fué saber si el apoyo familiar¹¹⁰ percibido tiene efectos sobre el paciente hipertenso para que realice⁸⁰ acciones de autocuidado. Aunque existen otros estudios que si muestran³⁰ correlación entre el apoyo familiar percibido y los cambios en los estilo de vida respecto a la salud, los hallazgos mostraron que el apoyo familiar no constituyó un factor determinante^s para que los pacientes realicen dichas acciones.

CONTENIDO

CAPITULO I

Introducción	1
Planteamiento del Problema	2
Hipótesis	5
Importancia del Estudio	5
Limitaciones del Estudio	5
Definición de Términos	6

CAPITULO II

Marco de Referencia	8
---------------------	---

CAPITULO III

Metodología	19
Implicaciones Eticas	21

CAPITULO IV

Resultados	22
------------	----

CAPITULO V

Discusión	45
Conclusión	50
Sugerencia	51
Referencias Bibliográficas	52
Anexos	56

APOYO PERCIBIDO: EFECTOS SOBRE EL PACIENTE HIPERTENSO
PARA QUE REALICE ACCIONES DE AUTOCUIDADO.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Hipertensión es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, es uno de los procesos mas importantes que preparan el camino de la arterioesclerosis, de cuyas consecuencias fallecen en Estados Unidos una de cada tres personas.

Aproximadamente el 5% de la población sufren de hipertensión, ascendiendo el porcentaje en los mayores de 40 años de edad, hasta cifras superiores al 25%. (G. Schettler, 1978).

Las estadísticas de mortalidad , indican que el 25% de todas las causas de muerte después de los 40 años, se relacionan de alguna manera con la Hipertensión Arterial. (Schettler).

En México y en Nuevo León, se conoce que su prevalencia ocupó el primer lugar en 1990, dentro de las enfermedades

crónicas y en años anteriores ha ocupado también el primer lugar como causa de muerte.(OPS, 1990).

La prevalencia de la Hipertensión Arterial marcha paralelamente al consumo alto de cloruro de sodio (sal de mesa), algunos hábitos alimenticios, sobre todo asociados con la dieta hipercalórica o alta en grasas, y por otros factores como el sobrepeso, sedentarismo y tabaquismo. (Schettler).

Algunos médicos aseguran que la disminución del consumo de café, ayuda al control de la hipertensión, sin embargo no se encontraron investigaciones reportadas dentro de la literatura que apoye esta teoría.

Las personas obesas muestran cifras de tensión arterial sistólica y diastólica mas altas que las de peso normal, el exceso de peso es el factor conocido mas importante en el desarrollo de una Hipertensión Arterial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad arterial hipertensiva, es todo aumento persistente en la presión media arterial por encima de lo normal, que según la Organización Panamericana de la Salud independientemente de la edad, debe considerarse elevada una presión diastólica superior a 95mmHg, en tanto que

el límite superior de la presión sistólica debe situarse según la edad en los 160mmHg. La Organización Mundial de la Salud en 1978 aconsejó que se admitiera una hipertensión con cifras de presión sanguínea sistólica mayor de 160mmHg y/ó diastólica de 95mmHg.

Esta enfermedad parece ser producida por una combinación de factores dependientes del individuo y del ambiente. En México existen condiciones tales como el sobrepeso, el sedentarismo, los hábitos alimenticios que la favorecen, factores estresantes entre otros, que en toda sociedad están presentes.

Por otro lado, las complicaciones de ésta enfermedad, pueden generar al paciente incapacidad para cumplir de modo competente y totalmente sus obligaciones normales en la familia. En ocasiones puede retrasar e incluso, impedir la consecución de una meta, ya que relegan sus obligaciones a otros miembros de la familia, de manera que además de sus propias obligaciones, cumplen también con las del enfermo.

A esta situación se le puede describir como caso especial de comportamiento desviado, ya que se violan los modelos o normas de funcionamiento del grupo familiar y también en cuanto a que las personas enfermas son víctimas involuntarias de la enfermedad.

Para controlar ésta enfermedad, deben modificarse los factores mencionados al inicio, que traen consigo varias implicaciones a considerar, tales como cambios en el estilo de vida que involucran conocimientos, creencias, hábitos, cambios que en ocasiones repercuten en la familia. A su vez, la familia es elemento sumamente importante para el seguimiento del tratamiento del paciente.

Por lo que surge la inquietud de indagar qué relación tiene el apoyo familiar brindado a las personas hipertensas, para que éstas desarrollen o utilicen las acciones o actividades de autocuidado necesarias, para controlar su enfermedad?

Conocer lo anterior es fundamental para la enfermería comunitaria, a fin de conocer la influencia de la familia respecto a sus pacientes, igualmente los datos sobre los miembros de la familia que más brindan apoyo para que de ésta manera la enfermera comunitaria considere trabajar o no con esos miembros.

La pregunta de investigación planteada fué la siguiente:
Existe influencia familiar sobre el paciente hipertenso, para que éste desarrolle acciones de autocuidado?

HIPOTESIS

Hi - Los pacientes hipertensos que desarrollan acciones de autocuidado, reciben apoyo familiar.

Ho - Los pacientes hipertensos que no desarrollan acciones de autocuidado, no reciben apoyo familiar.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La realización de éste estudio, permitió conocer, cómo los pacientes hipertensos perciben el apoyo familiar para ayudarse a controlar su enfermedad y a su vez cuales fueron los miembros de la familia que más proporcionan apoyo.

De ésta manera la enfermera que trabaja directamente con la familia puede darse cuenta con cuales miembros de la familia pueda recurrir y hacer equipo para obtener resultados favorables en cuanto al control de la enfermedad del paciente y por lo tanto mejoramiento de la salud y aspecto social del mismo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al inicio fué difícil obtener la información con certeza ya que se tuvo que establecer una relación de

armonía entre el paciente y la persona que aplicó el cuestionario.

El tiempo estipulado por la Facultad de Enfermería, para la realización de éste estudio es de un período escolar tetramestral, el cual fué insuficiente y el tiempo que se le podía dedicar a cada paciente fué limitado.

DEFINICION DE TERMINOS

Apoyo Social- Transacciones interpersonales que incluyen: La expresión del afecto positivo de una persona hacia otra; puntos de vista expresados; la proporción de ayuda material o simbólica.

Afecto Positivo - Transacciones de apoyo tales como comunicación mutua, convivencia, el compartir momentos importantes de la vida, entre otros.

Hipertensión - Aumento persistente en la presión media arterial por encima de lo normal.(Sistólica 160 mmHg y Diastólica 95 mmHg).

Autocuidado - Actividades que el individuo inicia y practica personalmente en su beneficio, para mantener y lograr su salud y bienestar.

Salud - Bienestar físico, mental y social.

Crisis - Es una situación en la que se altera el patrón de equilibrio de la vida.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

El Marco de Referencia se basó en conceptos que diversos autores como Virginia Satir, Leopoldo Chagoya y Charles H. Cooley, señalan acerca de la familia y la interacción de cada uno de sus miembros, se complementó con el concepto de Dorothy Orem que apoya el aspecto de desarrollo de acciones de autocuidado y con la definición que Robert Kahn dá al apoyo social.

Los diferentes grupos humanos, constituyen grupos sociales. En todo grupo subyace interacción entre sus miembros, es decir una estructura formada por partes, que sin perder su identidad y su individualidad constituyen un todo que los trascienda. Un todo pone propiedades que no pueden encontrarse nunca en las diferentes partes.

La interacción de los grupos humanos, tiende a la satisfacción de las necesidades humanas. Las actividades de los grupos sociales encaminadas a satisfacer sus necesidades, son sus principales funciones.

Dichas necesidades deben ser satisfechas dentro del marco de los grupos sociales. La satisfacción de esas necesidades se distribuyen entre varios grupos, existe un número casi ilimitado del modo de disponer esa distribución.

La interacción social está regulada por normas y principios en circunstancias específicas. Las normas del grupo suelen ser aceptadas por los individuos, pero también son impuestas mediante sanciones que se aplican en caso de violación o infracción. El sistema que constituye el grupo social, pone la propiedad de restablecer el equilibrio o estado normal cuando sobreviven perturbaciones o desordenes.

Según Charles H. Cooley, el grupo primario se caracteriza por una asociación íntima y cara a cara, por la cooperación y el antagonismo directo y por el juego relativamente libre de la personalidad y del sentimiento. Para Cooley, la familia es la escuela de la naturaleza humana, que proporciona al individuo su primera y más completa experiencia de la unidad social y porque su experiencia de grupo da nacimiento a ideales universales, tales como la fe, el espíritu de servicio, la bondad, la obediencia a normas sociales y también el ideal de la libertad. Sólo en el grupo primario, pueden desenvolverse esos ideales y al propagarse por la sociedad, se convierten en señales de progreso y democracia.

La familia ha sido definida de diversas maneras: Según criterios Sociológicos, la familia es el conjunto de individuos unidos por lazos de parentesco, consanguíneo o por afinidad que viven bajo un mismo techo y comparten objetivos comunes.

Según criterios Psicosociales, la familia es la unidad social formada por individuos relacionados por lazos consanguíneos, que comparten la responsabilidad de cuidar el crecimiento y desarrollo recíproco y ayudar a resolver la crisis de identidad cuyo fin es formar un sistema psicosocial que se integre a su cultura particular.

Según Virginia Satir (1987), la familia es considerada como el grupo primario de referencia del ser humano, en él, recibe cuidado, provee y recibe afecto, adquiere una posición y rol dentro de la estructura familiar, que le permite desarrollarse en planos diferentes, mantiene la función de reproducción biológica, afectiva y social. Esta serie de funciones le permiten a los integrantes de la familia interactuar en diferentes escalas, planos e intimidades que definen su dinámica familiar, la cual puede representar el nivel funcional óptimo, que permite la salud de las esferas biológicas y psicosociales o bien producir una disfunción y ocasionar crisis o estados crónicos que desencadenan enfermedades en sus integrantes.

Para Leopoldo Chagoya (1971), la dinámica familiar es aquella colección de fuerzas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia y hace que como unidad, funcione bien o mal. Chagoya define la dinámica familiar funcional como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le

permite desarrollarse como individuo y que le dá el sentimiento de pertenencia, o sea poder contar con el apoyo de otros miembros.

Por lo que en las familias con dinámica familiar funcional, las crisis son reflexionadas en forma grupal, cada miembro acepta un rol o un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias dadas. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y debilidades de los otros, pero también pide y existe un sentimiento de igualdad entre cada uno de ellos, que los posibilita alternar su papel para funcionar mejor. Estas familias generalmente identifican sus problemas de una manera clara, sus miembros no dudan en expresar sus sentimientos, se permiten experimentar rencores y resentimientos sin ser exagerados, ni duraderos.

Será una dinámica familiar disfuncional, cuando las características antes señaladas sean cumplidas contrariamente, por ejemplo: utilizan sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento, se agreden unos con otros y no hay sentimientos de apoyo.

De igual manera Virginia Satir clasifica a la familia considerando cuatro elementos que determinan la vida familiar: el autoestima, la comunicación, las normas y el

enlace con la sociedad. Estos elementos se consideran con alta o moderada intensidad, pudiendo dar como resultado una familia nutridora o una familia conflictiva.

En la familia nutridora, sus miembros son libres de expresar sus ideas, sentimientos, y se acomodan a cambios para resolver la crisis.

La familia conflictiva se caracteriza por rodearse en un ambiente frío, manifestándose dificultad para comunicar y expresar sus sentimientos hostiles. La enfermedad es un evento inesperado que impacta al individuo y a la familia, rompiendo su estabilidad.

Específicamente las enfermedades crónicas suelen ser condiciones a largo plazo, que requieren nuevos ajustes por parte del enfermo y su familiar. En la enfermedad en cuestión, hay un primer período netamente funcional, en el que solo existen trastornos fisiopatológicos, cuyo resultado más aparente es el aumento de la presión.

En un segundo período, aparecen modificaciones vasculares cuya patogénea parece estar relacionada con la intensidad y duración de las alteraciones hemodinámicas; la alteración vascular condiciona la aparición de lesiones viscerales en el corazón, riñón, encéfalo. (San Martín, 1990).

Al sufrir un ataque de la enfermedad crónica, aún cuando el individuo se recupere queda un daño; lo debilita o lo deja mas susceptible para ataques subsecuentes.

El primer factor importante de la cronicidad, es el hecho de que éstas enfermedades requieren frecuentemente tratamiento durante un largo período de tiempo y en algunos casos, como la hipertensión arterial, el tratamiento puede durar toda la vida. Si bien, los efectos de la enfermedad pueden controlarse, pero sin embargo, trae consigo el aumento de gastos por las frecuentes visitas al médico, la adquisición de farmacos y quizá la hospitalización.

Un segundo factor lo constituyen, las complicaciones familiares, aunque no exclusivas de las enfermedades crónicas, sus consecuencias tienden a ser en estos casos mas prolongadas y frecuentes. Si el enfermo es la cabeza de la familia, son evidentes los problemas que se presentan en cuanto a la manutención, por una larga convalecencia. Las familias pueden alterarse también cuando la madre o la cabeza de la familia enferma, a cuyo cargo corre el cuidado de la casa.

Para el caso de la Hipertensión Arterial, no existe curación, pero si el control de la enfermedad, por consiguiente es muy posible que esto exija cambios en las costumbres de la victima de la enfermedad y como

consecuencia de su familia. Los enfermos que padecen hipertensión arterial tienen limitaciones para realizar ciertas actividades físicas, deben vigilar su plan alimenticio a la par que el peso corporal y tomar medicación habitualmente durante el resto de su vida; situación de la cual deriva la necesidad de valoración médica periódica, para medición de su presión arterial y ajuste de dosis en el tratamiento, se les recomienda evitar y/o manejar los eventos que produzcan tensión emocional.

Algunos observadores como Parson y Fox opinan que el tratamiento médico requiere de apoyo emocional de los miembros de la familia del enfermo. Rodney, señala que la familia puede ser considerada dentro del equipo de salud, una vez que esté estabilizada la hipertensión arterial. De ahí la importancia de promover el autocuidado, no solo entre los hipertensos, sino extenderlo a la población en general.

El hecho de integrar a la familia en la atención del paciente, se ve fuertemente apoyada por el modelo de autocuidado de Orem. Este modelo se concentra en el arte y la práctica de enfermería, la cual se describe como la asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio. Según Dorothy Orem, el autocuidado se refiere a todas las actividades que el individuo inicia y practica personalmente en su propio beneficio, para mantener y lograr

la salud y bienestar y cuando éste desaparece, la enfermedad y la muerte se pueden producir.

El autocuidado no es innato, debe aprenderse dependiendo de las creencias, costumbres y prácticas habituales del grupo al que pertenece cada persona, es por eso que la educación es un proceso importante, ya que informa, motiva y ayuda a las personas a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables. (Jacqueline Fawcett, 1986).

Orem identifica seis requisitos que el individuo y la familia deben cumplir durante el proceso de autocuidado:

- 1.- Buscar y asegurar la asistencia médica apropiada.
- 2.- Reconocer y atender éstos estados de desviación.
- 3.- Establecer el diagnóstico, prescribir el tratamiento y atender las medidas de rehabilitación.
- 4.- Reconocer y regular los efectos del tratamiento.
- 5.- Modificar el concepto propio y aceptar el estado en que se encuentra.
- 6.- Aprender a vivir con el padecimiento en un estado de vida que fomenta la continuación del desarrollo.

Cada uno de éstos requisitos, derivan de una serie de necesidades del individuo; ya que cuando una persona tiene la enfermedad, no solo la comprende de modo diferente, sino

que la considera desde una perspectiva distinta que el personal de salud; éstos, quienes se encuentran emocionalmente incluidos de un modo que no lo están los demás y por ello, mientras se evalúa objetivamente el significado de los síntomas, la percepción del enfermo es subjetiva, pues es el único que siente el dolor y cuya vida está afectada por la enfermedad. (Gertrude Torres, 1986).

La familia puede ser la principal fuente de apoyo para ayudar al paciente a iniciar y mantener los requisitos para el desarrollo del autocuidado, ya que éste, para muchos pacientes, toma lugar dentro de una estructura familiar tradicional, la familia o el hogar es el sitio ideal para refuerzos de educación a la salud. (Nola J. Pender, 1982).

Según Cohen y Syme el apoyo social es definido como los recursos proporcionados por otras personas.

Robert Kahn (1979). definió apoyo social como transacciones interpersonales que incluyen: La expresión del afecto positivo de una persona hacia otra, la afirmación o respaldo de conducta de otra persona o puntos de vista expresados; el proporcionar ayuda material o simbólica a otro.

El grado de apoyo familiar a menudo determina la extensión en la cual los nuevos comportamientos que promueven la salud, serán adoptados y mantenidos por un

período de tiempo. Los miembros de la familia pueden servir como los recursos importantes de motivación, recompensa y refuerzo para comportamientos específicos de salud; para todos, es necesario establecer en la dinámica familiar, una relación de ayuda que involucre a cada uno de los integrantes de la familia y contribuyan en el paciente que sufre de hipertensión arterial a enfrentar positivamente su enfermedad crónica. (Nola J. Pender, 1982).

Lauren S. Aaronson (1980), midió el apoyo social en tres prácticas de conductas de salud durante el embarazo: La abstinencia de alcohol, cigarro y cafeína. La muestra consistió de 529 mujeres embarazadas que contestaron un cuestionario y posteriormente se les entrevistó telefónicamente. El análisis mostró que el apoyo percibido fue significativo para realizar esas conductas positivas de salud.

LaRocco y Jones (1978), reportaron que la correlación entre el estrés y la satisfacción del trabajo fue mejor en los que tenían un nivel mas alto de apoyo que los que tenían niveles más bajos.

Margaret Dimond (1979), realizó un estudio para medir la relación de apoyo y adaptación a las enfermedades crónicas en 36 pacientes con hemodiálisis. El apoyo social fue medido en tres dimensiones: ambiente familiar (cohesión y expresión familiar), nivel de apoyo del compañero (a) y

presencia de un confidente. La adaptación se midió en términos de moral y cambios en el funcionamiento social desde el inicio de la diálisis. Los resultados mostraron una asociación positiva en las mediciones de apoyo social y moral y negativa entre la cohesión familiar, presencia de un confidente y cambios en el funcionamiento social.

Jane S. Norbeck (1988), realizó un estudio que midió el apoyo social, el estrés de vida, estado de ansiedad y el uso de drogas en 208 mujeres embarazadas de las cuales el número de blancas, hispanas y negras era igual. Las variables no fueron significativas para el grupo de hispanas, para las mujeres blancas el nivel de apoyo social fué un poco más alto y para las mujeres negras el apoyo social de una compañera o la madre fué de 33%.

Brownell (1985), encontró que el apoyo sólo, no era suficiente para afectar en la pérdida de peso, en cambio el involucramiento activo del proveedor de apoyo al programa de reducción de peso estuvo asociado a una pérdida mayor de peso. Algunos estudios como los de Fearce LeBow y Orchard (1981); Rosenthal, Allen y Winter (1980) han repetido éstos hallazgos.

Por consiguiente el afecto, la afirmación y la ayuda son propuestas como tres componentes de transacciones de apoyo.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Se realizó un estudio con 36 adultos hipertensos de tres colonias de Guadalupe, N.L. La distribución de los sujetos estudiados fué la siguiente: De Fomerrey 31, doce personas; de Nuevo San Miguel, diez y siete personas y de Jardines del Rio, siete personas.

La muestra se tomó del Programa de Hipertensos del Programa Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo San Miguel, la muestra proyectada era de 44 personas, sin embargo se redujo a 36 sujetos. Las razones para ello fueron las siguientes: 2 personas no se localizaron en su domicilio, 2 se rehusaron a contestar por motivos de su religión, 3 se cambiaron de domicilio y 1 no aceptó la enfermedad por lo tanto rehusó contestar.

El objetivo de éste estudio fué saber, qué tanto influye el apoyo familiar sobre el paciente hipertenso para que realice acciones de autocuidado. Con tal fin, se aplicaron dos instrumentos: uno que midió el nivel de autocuidado de los pacientes hipertensos (anexo No.1), diseñado por el autor del estudio basado en los 6 requisitos que Dorothea Orem (1987) señala para el proceso de autocuidado.

Otro que midió el apoyo familiar, basado en el

instrumento de apoyo social de Jane S. Norbeck (anexo No.2), y contando con su autorización. Este instrumento se probó con población hispana con un grado de confiabilidad de .85.

El paciente nombró a cinco personas de su familia que considera más importante en su vida. Calificando a cada persona según el apoyo proporcionado con una escala de nada, un poco, moderadamente, bastante y mucho. Dichos instrumentos fueron probados mediante una prueba piloto.

Debido a que realmente no se conoce el comportamiento de estas variables se optó por realizar un estudio exploratorio a fin de aproximar al investigador en cuanto al apoyo familiar en los pacientes hipertensos para que desarrollen acciones de autocuidado, por lo que fué descriptivo.

Las variables en cuestión tanto de autocuidado como de apoyo familiar, fueron captadas por una sola vez, de manera que fué transversal.

Los criterios de inclusión fueron tener mas de seis meses de haber sido diagnosticados y estar bajo tratamiento médico.

Los criterios de exclusión fueron tener menos de seis meses de haber sido diagnosticado y no estar bajo tratamiento médico.

Para la compilación de la información se capacitó a tres

encuestadores a fin de que pudieran aplicar los cuestionarios, quienes lo hicieron en el transcurso de una semana.

La tabulación de los datos se realizó en forma manual por la persona responsable del estudio, utilizando cuadros y gráficas de concentración y correlación de variables estudiadas. Para su análisis e interpretación se usó la ji cuadrada.

Implicaciones Éticas- Para la obtención de la información se solicitó la colaboración de los sujetos en estudio. Para dar respuesta a los cuestionamientos se dió una explicación al respecto, asegurándoles que los datos solo serían utilizados para fines del estudio ya que los datos serían manejados en forma confidencial. Se respetó la negación de los que así lo decidieron. Al final se agradeció cordialmente su colaboración.

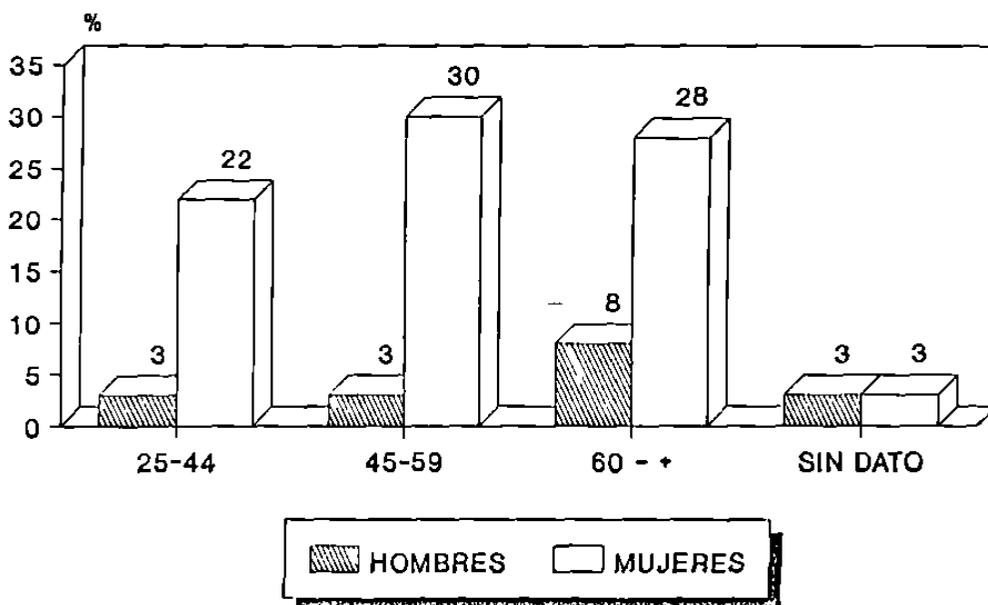
CAPITULO IV

RESULTADOS

Como se apuntó anteriormente, se aplicaron dos cuestionarios a 36 personas hipertensas de las poblaciones Nuevo San Miguel, Fomerrey 31 y Jardines del Rio en Cd. Guadalupe, N.L. durante el mes de Diciembre de 1991.

El primer cuestionario fué para conocer tipo y cantidad de acciones de autocuidado que realizaban los pacientes hipertensos (anexo No.1). El otro cuestionario midió el grado de apoyo familiar recibido según el sujeto de estudio (anexo No.2).

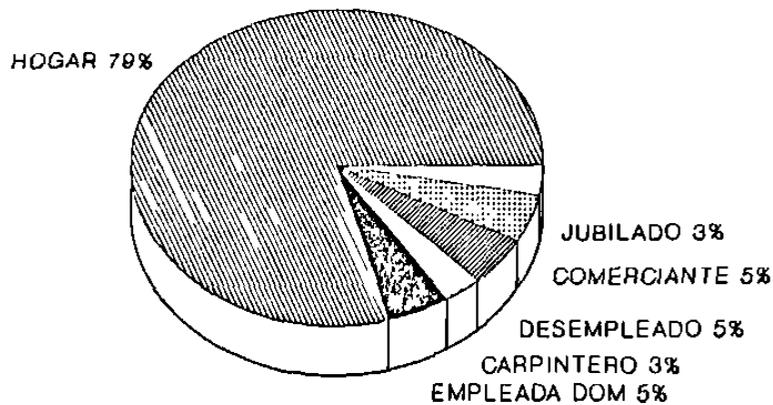
GRAFICA NO. 1 RELACION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION HIPERTENSA



F: CUADRO 1, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Respeto a los datos generales se encontró que las personas que contestaron el cuestionario tenían una edad mínima de 29 años y una máxima de 80 años de edad, la mayoría se encontraba entre la edad pre-senil y senil; el sexo femenino ocupó más del 83% de la muestra total.

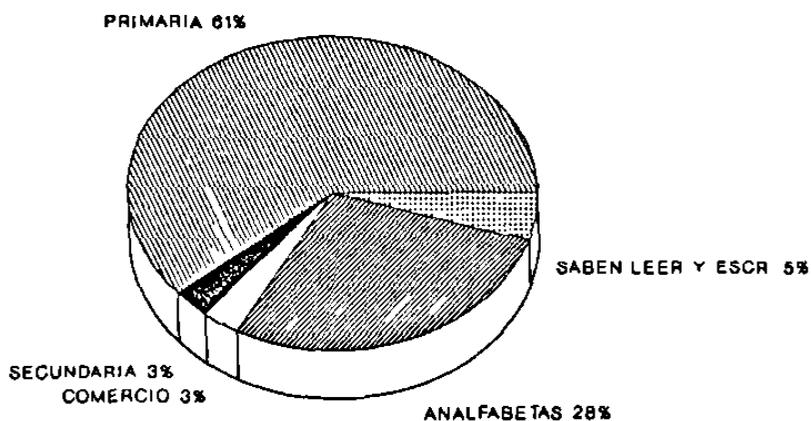
GRAFICA NO. 2 OCUPACION DE LA POBLACION HIPERTENSA



F:CUADRO NO.2, NUEVO SAN MIGUEL, '91

En lo referente a ocupación casi el 80% reportó dedicarse al hogar y sólo dos (5%) trabajaban como empleadas domésticas. En cuanto a los hombres, de los seis que contestaron el cuestionario, dos (5%) se encontraban desempleados, uno (3%) era jubilado y los tres restantes trabajaban como comerciantes.

GRAFICA NO. 3 ESCOLARIDAD DE LA POBLACION HIPERTENSA



F: CUADRO NO.3, NUEVO SAN MIGUEL, '91

En lo que respecta a la escolaridad, 22 (61%) estudiaron solo la primaria, 10 (28%) eran analfabetas, dos (5%) nunca fueron a la escuela pero sabian leer y escribir y los dos restantes; uno tenia estudios de secundaria y otro de comercio.

CUADRO NO. 4
CORRELACION ENTRE PERSONAS HIPERTENSAS
QUE SABEN LO QUE ES LA HIPERTENSION
ARTERIAL Y QUE HACER PARA
CONTROLARLA

SABEN QUE ES HIPERTENSION \ SABEN QUE HACER PARA CONTROL	SI	%	NO	%	TOTAL	%
	SI	29	83	6	17	35
NO	0.8	0.8	1	100	1	100
TOTAL	29	80	7	20	36	100

CRITERIO DE DECISION: 3.84

$$\chi^2_0 = 0.8$$

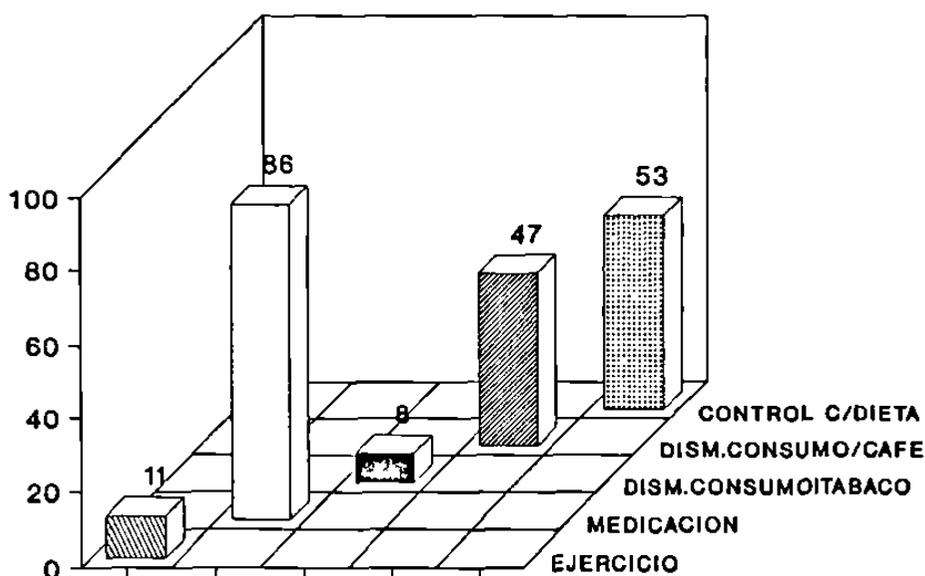
$$\chi^2_d = 0.8$$

$$r = 0.16$$

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Se realizó una correlación entre personas hipertensas que saben lo que es la hipertensión y qué hacer para controlarla, en la cual se encontró que 29 (83%) personas si saben lo que es la hipertensión y qué hacer para controlarla, mientras que seis (17%) si sabían lo que es la hipertensión pero no sabían que hacer para controlarla y sólo una persona refirió no saber lo que es la hipertensión ni saber que hacer para controlarla; estadísticamente se hizo la correlación de la ji cuadrada, dando un resultado de $\chi^2 = 0.88$ y un coeficiente de correlación de 0.15.

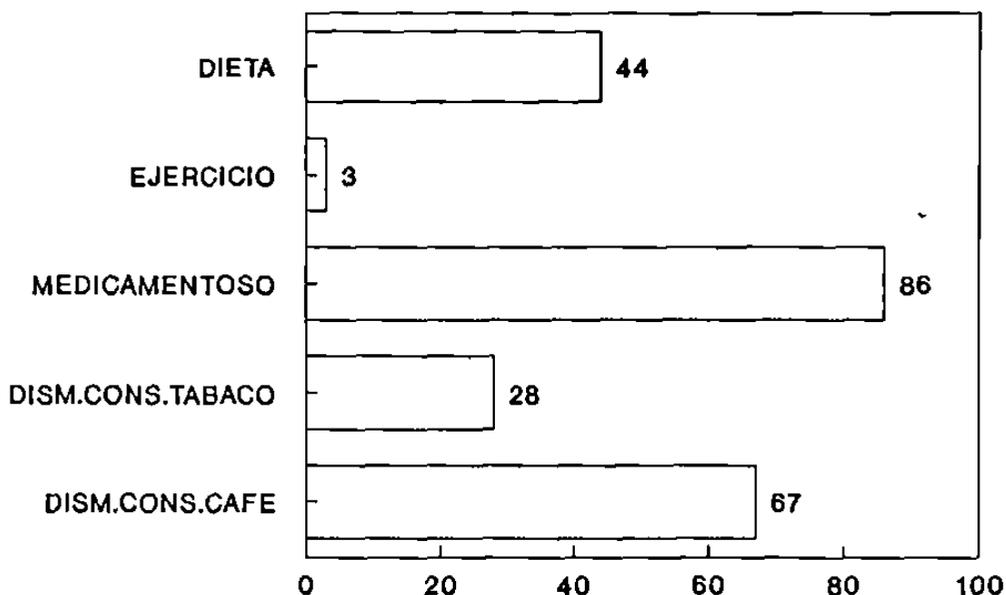
GRAFICA NO. 5
POBLACION HIPERTENSA QUE SABEN
CONTROLAR SU ENFERMEDAD



F:CUADRO NO. 5, NUEVO SAN MIGUEL, '91

En lo referente a las actividades de autocuidado que los pacientes necesitaban conocer para saber que hacer para controlar la enfermedad, 31 de 36 pacientes hipertensos afirmaron que tomaban los medicamentos como lo indicó el médico, 19 (53%) y 17 (47%) se refirieron al control a base de dieta y la disminución en el consumo de café respectivamente y sólo una mínima parte refirieron saber que dentro de las actividades de autocuidado, se encontraban el ejercicio físico y la disminución en el consumo de tabaco.

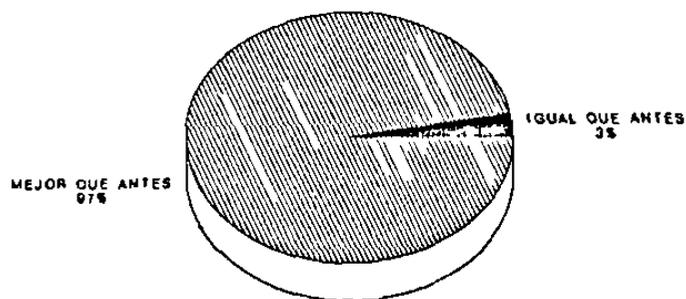
GRAFICA NO. 10 TIPO DE TRATAMIENTO QUE LLEVA LA POBLACION HIPERTENSA



F:CUADRO NO.10, NUEVO SAN MIGUEL, '91

El tipo de tratamiento que mas llevaban fué el medicamentoso; 31 (86%), disminuyeron el consumo de café, 24 personas (67%), menos de la mitad (44%) refirieron llevar algún tipo de dieta y solo una persona (3%) manifestó hacer ejercicio como tratamiento para su hipertensión arterial.

GRAFICA NO. 11 RESPUESTA DE LOS HIPERTENSOS AL TRATAMIENTO



F:CUADRO NO. 11, NUEVO SAN MIGUEL, '91

De la respuesta obtenida del tratamiento recibido, 35 (97%) manifestaron sentirse mejor que antes del mismo, sólo una persona (3%) manifestó no haber tenido cambios.

**CORRELACION ENTRE PERSONAS HIPERTENSAS
QUE SABEN QUE ES LA HIPERTENSION
CON CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA**

SABEN QUE ES LA HIPERTENSION	CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
SI	29	83	6	17	35	100
NO	0.8	0.8	1	100	1	100
TOTAL	29	80	7	20	36	100

CRITERIO DE DECISION: 3.84

$$\chi^2_0 = 0.8$$

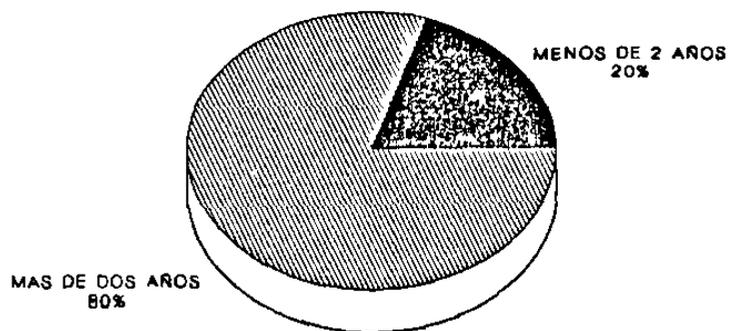
$$\chi^2_d = 0.8$$

$$r = 0.15$$

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Con respecto a que si sabían lo que es la hipertensión y si habían realizado cambios en el estilo de vida, 29 (83%) personas contestaron saber que es la hipertensión y manifestaron haber realizado cambios en el estilo de vida desde el momento de que fueron diagnosticados hasta el momento de la aplicación del cuestionario y los seis que respondieron que sabían que es la hipertensión arterial, no realizaron cambios en su estilo de vida, solo una persona no sabia lo que es la hipertensión y no realizó cambios en su estilo de vida, se sacó el coeficiente de correlación por medio de la ji cuadrada, tomando en cuenta $N = 36$, dando como resultado $\chi^2_1 = 0.88$ y $r = 0.15$.

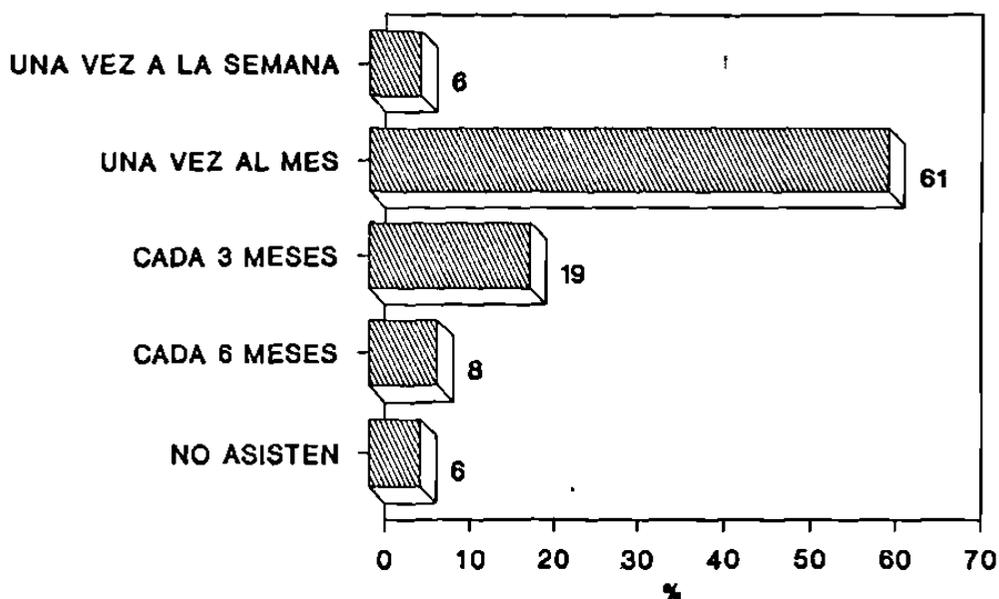
GRAFICA NO. 8 TIEMPO DE HABER SIDO DIAGNOSTICADOS COMO HIPERTENSOS



F: CUADRO NO. 8, NUEVO SAN MIGUEL, '91

En lo referente al tiempo de padecer su enfermedad, 29 (80%), afirmaron haber tenido más de dos años de haber sido diagnosticados como hipertensos y solo siete (20%) refirieron tener menos de 2 años.

GRAFICA NO. 9 HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CONTROL DE SU ENFERMEDAD



F: CUADRO NO. 9, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Del total de pacientes solo dos (6%) refirieron no asistir con el médico para control de su hipertensión, 22 (61%) manifestaron hacerlo una vez al mes, dos (6%) asiste una vez a la semana, siete (19%) cada tres meses y tres (8%) cada seis meses.

CUADRO NO. 12

CORRELACION ENTRE PERSONAS HIPERTENSAS
QUE TUVIERON ACEPTACION FAMILIAR
Y REALIZARON CAMBIOS EN SU
ESTILO DE VIDA

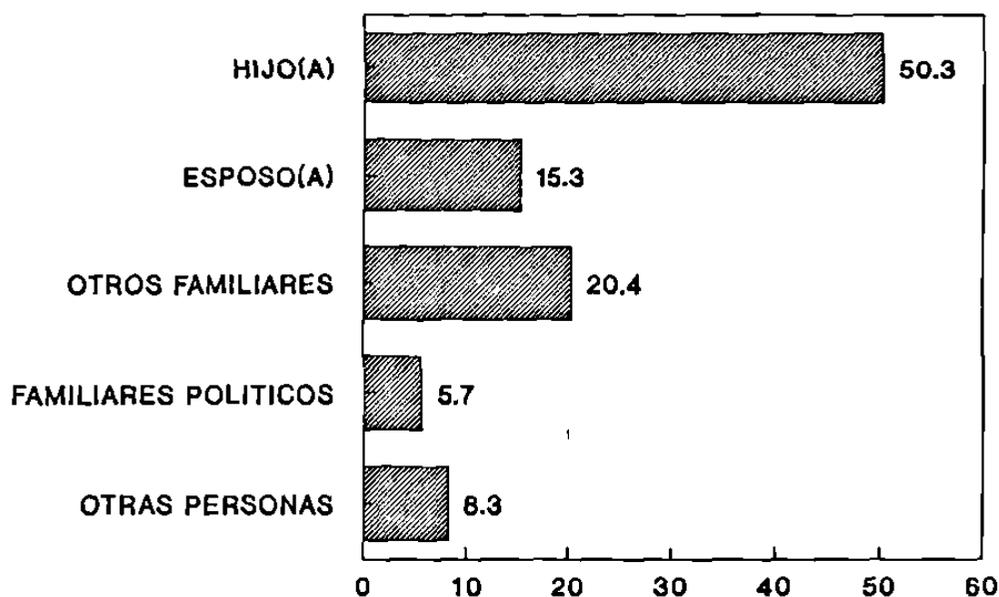
ACEPTACION FAMILIAR \ CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
MUCHO Y BASTANTE	25	81	6	19	31	100
MODERADO, POCO O NADA	4	80	1	20	5	100
TOTAL	29	80	7	20	36	100

N = 36
 $\chi^2 = 0.36$
 $r = 0.09$

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Con respecto a la relación de personas hipertensas que tuvieron aceptación familiar y realizaron cambios en su estilo de vida, 25 (81%) personas contestaron haber tenido apoyo familiar y si realizaron cambios en su estilo de vida, sin embargo a pesar del apoyo recibido, seis pacientes (19%) no realizaron cambios en su estilo de vida. Respecto a los pacientes que no recibieron apoyo familiar, cuatro (80%) tuvieron cambios en su estilo de vida y una (20%) persona no realizó ningún tipo de cambio, se sacó el coeficiente de correlación por medio de la ji cuadrada, dando como resultado $\chi^2 = 0.36$ y $r = 0.09$.

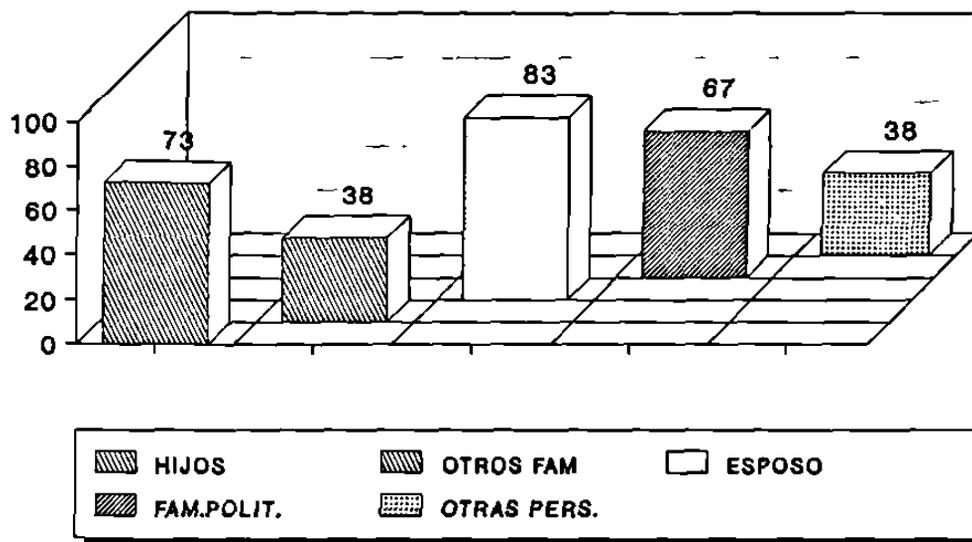
GRAFICA 13 PERSONAS QUE LOS HIPERTENSOS CONSIDERAN IMPORTANTES EN SU VIDA



F: CUADRO NO. 13, NUEVO SAN MIGUEL, '91

El número de personas que más nombraron los pacientes como proveedores de algún tipo de apoyo, fueron en total 19 y se dividieron en cinco grupos de los cuales son: Hijo o hija; esposo o esposa; otros familiares los cuales contempla: hermano, hermana, padre, madre, nieto, nieta y abuela; familiares políticos: nuera, yerno, tía, sobrina y otras personas: amigo, amiga, vecina. El orden por número de frecuencia es el siguiente: Hijo(a): 79 (50%), Otros familiares 32 (20%), Esposo(a) 24 (15%), Otras personas, 13 (8%) y Familiares políticos nueve (6%), dando un total de 157 personas que apoyan a los pacientes.

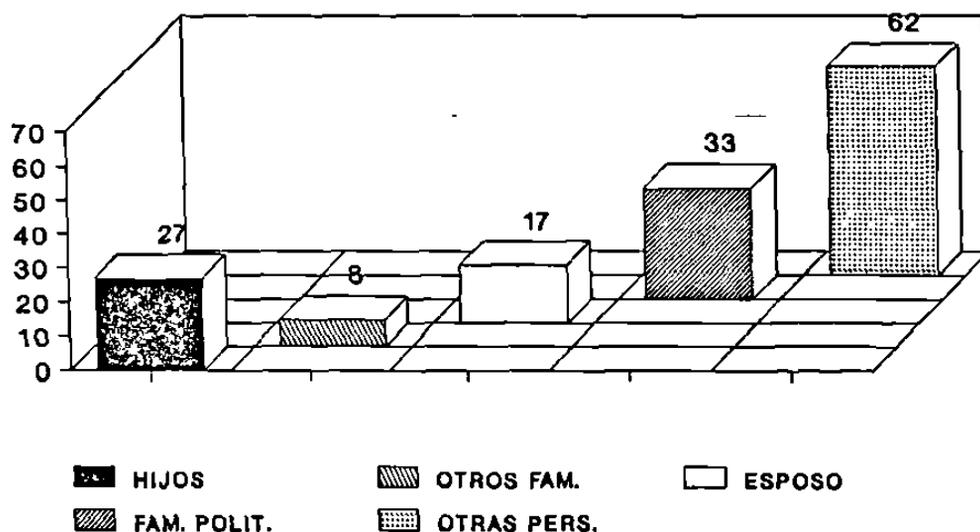
GRAFICA NO. 14 PERSONAS QUE SI APOYAN A SUS FAMILIARES HIPERTENSOS



F:CUADRO NO. 14, NUEVO SAN MIGUEL, '91
n = 36

De los familiares que proporcionaron apoyo a sus pacientes hipertensos, 58 (73%) veces nombraron a los hijos, 20 (38%) a otros familiares, 20 (83%) al esposo, los menos nombrados fueron los familiares politicos y otras personas por seis (67%) y cinco (38%) hipertensos.

GRAFICA NO. 15 PERSONAS QUE NO APOYAN A SUS FAMILIARES HIPERTENSOS



F: CUADRO NO. 14, NUEVO SAN MIGUEL, '91
n = 36

De los que no proporcionaron apoyo 21 (7%) veces nombraron a sus hijos, 12 (8%) a otros familiares, ocho (62%) a otras personas y los menos nombrados fueron el esposo cuatro (17%) veces y los familiares políticos tres (33%) veces.

CUADRO NO. 15
QUE TANTO ESTAS PERSONAS APOYAN
LAS ACCIONES O PENSAMIENTOS DE LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DEL D.I.F.

PERSONA	APOYAN NADA POCO MODER.	%	BASTAN TE Y MUCHO	%	TOTAL	%
HIJO(A)	25	32	54	68	79	100
ESPOSO(A)	5	21	19	79	24	100
OTROS FAMILIARES	8	25	24	75	32	100
FAMILIARES POLITICOS	1	11	8	89	9	100
OTRAS PERSONAS	6	46	7	54	13	100
TOTAL	45	29	112	71	157	100

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Con respecto a qué tanto los familiares apoyan a los pacientes en cuanto a sus acciones o pensamientos, con bastante y mucho apoyo, 54 (68%) pacientes manifestaron que sus hijos eran los que más apoyaban, 24 (75%) se refirieron a otros familiares, los menos mencionados fueron los familiares políticos, ocho (89%) y otras personas siete (54%) y con apoyo moderado, muy poco o nada 25 (32%) pacientes se refirieron a sus hijos y ocho (25%) se refirieron a otros familiares, las personas que fueron menos nombrados para dar este tipo de apoyo fueron: El esposo (a) cinco (21%) y los familiares políticos uno (11%).

CUADRO NO. 16
QUE TANTO HACEN ESTAS PERSONAS PARA
QUE EL PACIENTE HIPERTENSO
SE SIENTA ACEPTADO

PERSONAS	ACEPTACION	NADA POCO MODER.	%	BASTANTE Y MUCHO	%	TOTAL	%
HIJO(A)		23	29	56	71	79	100
ESPOSO(A)		6	25	18	75	24	100
OTROS FAMILIARES		9	28	23	72	32	100
FAMILIARES POLITICOS		1	11	8	89	9	100
OTRAS PERSONAS		7	54	6	46	13	100
TOTAL		46	29	111	71	157	100

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '01

En cuanto a que tanto hacen estas personas para que el paciente se sienta aceptado con apoyo moderado, muy poco o nada, 23 (29%) pacientes manifestaron que sus hijos les proporcionaban este tipo de apoyo, nueve (28%) se refirieron a otros familiares, uno (11%) personas se refirió a los familiares politicos y con bastante y mucho apoyo 56 (71%) pacientes, los que menos proporcionaban este tipo de apoyo según los pacientes, fueron los familiares políticos referidos por ocho (89%) pacientes y otras personas nombradas por solamente seis (46%) personas.

CUADRO NO. 17
QUE TANTO CONFIAN EN ESTA PERSONA,
LAS PERSONAS HIPERTENSAS

PERSONAS	CONFIANZA		BASTANTE Y MUCHO		TOTAL	
	NADA POCO MODER.	%	%	%	TOTAL	%
HIJO(A)	9	11	70	89	79	100
ESPOSO(A)	2	8	22	92	24	100
OTROS FAMILIARES	4	12	28	88	32	100
FAMILIARES POLITICOS	3	33	6	67	9	100
OTRAS PERSONAS	5	38	8	62	13	100
TOTAL	23	15	134	85	157	100

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Con respecto a qué tanto confían en ésta persona, con bastante y mucho apoyo, 70 (89%) pacientes se refirieron a sus hijos, 28 (88%) se refirieron al grupo de otros familiares, 22 (92%) se refirieron al esposo(a) y solo seis (67%) personas se refirieron a familiares políticos, en lo que se refiere a apoyo moderado, muy poco o nada, nueve (11%) pacientes nombraron a sus hijos como a las personas que más les tienen confianza, cinco (38%) pacientes nombraron a otras personas, mientras que los menos mencionados fueron los familiares políticos por tres (33%) pacientes.

CUADRO NO. 18
QUE TANTA AYUDA ECONOMICA LE
PROPORCIONARIA ESTA PERSONA,
A LAS PERSONAS HIPERTENSAS

PERSONAS	AYUDA ECO-	NADA		BASTAN		TOTAL	
	NOMICA	POCO	%	TE Y	%		%
		MODER.		MUCHO			
HIJO(A)	28	35	51	65	79	100	
ESPOSO(A)	4	17	20	83	24	100	
OTROS FAMILIARES	12	37	20	63	32	100	
FAMILIARES POLITICOS	3	23	6	67	9	100	
OTRAS PERSONAS	9	69	4	31	13	100	
TOTAL	53	76	101	64	157	100	

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

En lo referente a qué tanta ayuda económica les proporcionarían, con bastante y mucho apoyo 51 (65%) respondieron que recibían apoyo de los hijos y 20 (83%), 20 (63%) se refirieron a la esposa(o) y otros familiares, seis (67%) y cuatro (31%) se refirieron a familiares políticos y a otras personas respectivamente. Con moderado, muy poco y nada de apoyo 28 (35%) se refirieron a los hijos, 12 (37%) a otros familiares y los menos mencionados como proveedores de apoyo económico fueron la esposa(o), cuatro (17%) y los familiares políticos tres (33%).

CUADRO NO. 19
¿QUÉ TANTA AYUDA LES PROPORCIONARÍA
ESTA PERSONA SI TUVIERAN QUE
PERMANECER EN CAMA

AYUDA EN LA ENFERMEDAD	NADA POCO MODER.	%	BASTANTE Y MUCHO	%	TOTAL	%
PERSONAS						
HIJO(A)	29	37	50	63	79	100
ESPOSO(A)	6	25	18	75	24	100
OTROS FAMILIARES	16	50	16	50	32	100
FAMILIARES POLITICOS	6	67	3	33	9	100
OTRAS PERSONAS	10	77	3	23	13	100
TOTAL	67	43	90	57	157	100

N • 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

Con respecto a qué tanta ayuda les proporcionarían si tuvieran que permanecer en cama con bastante y mucho apoyo, 50 (63%), dijeron que sus hijos les proporcionarían este tipo de apoyo, 18 (75%) se refirieron a la esposa(o), 16 (50%) a otros familiares y solo tres pacientes manifestaron que los familiares políticos y otras personas les proporcionaban éste apoyo, en cuanto a la proporción de moderado, muy poco y nada de apoyo, 29 (37%) personas nombraron a sus hijos, 16 (50%) se refirieron a otros familiares, 10 (77%) a otras personas y según los pacientes, los que menos proporcionaban apoyo son los esposos (as), seis (25%) y los familiares políticos seis (67%).

CUADRO NO. 20
FRECUENCIA EN EL TRATO DE LAS
PERSONAS CON SUS FAMILIARES
HIPERTENSOS

PERSONA	FRECUENCIA EN EL TRATO	NADA POCO MODER.	%	BASTANTE Y MUCHO	%	TOTAL	%
HIJO(A)		14	18	65	82	79	100
ESPOSO(A)		2	8	22	92	24	100
OTROS FAMILIARES		22	69	10	31	32	100
FAMILIARES POLITICOS		1	11	8	89	9	100
OTRAS PERSONAS		8	62	5	38	13	100
TOTAL		47	30	110	70	157	100

N • 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

En cuanto a la frecuencia en el trato con las personas que les proporcionaban algún tipo de apoyo, en la frecuencia de bastante y mucho apoyo, 65 (82%) pacientes se refirieron a sus hijos, 22 (92%) al esposo(a), 10 (31%) a otros familiares, ocho (89%) a familiares políticos y solo cinco (38%) pacientes se refirieron a otras personas. En cuanto a la proporción de moderado, muy poco y nada de apoyo 22 (69%) pacientes manifestaron que los del grupo de otros familiares eran los que más trataban, 14 (18%) contestaron que sus hijos y solo dos y un pacientes se refirieron a su esposo(a) y familiares políticos respectivamente.

CAPITULO V

DISCUSION

En el presente estudio, se observó que la mayoría de los hipertensos se concentran en la edad de los 45 años en adelante y esto concuerda con lo que dice Schettler (1978) que aproximadamente el 5% de la población sufren de Hipertensión Arterial, ascendiendo el porcentaje en los mayores de 40 años de edad, hasta cifras superiores al 25%.

La mayoría de las personas que contestaron el cuestionario eran mujeres (83%) y de los cuales el 80% se dedicaban al hogar lo que puede indicar que éstas tengan una tendencia al sedentarismo que es un factor predisponente para la presencia de la hipertensión.

Se realizó una correlación entre las personas que tenían conocimiento de su enfermedad y los que sabían que hacer para controlarla, al observar el cuadro correspondiente (No.4) a simple vista se diría que sí existe una relación entre ambas variables, es decir si los pacientes sabían lo que había que hacer para controlarla, sin embargo, en éste estudio el coeficiente de correlación por medio de la ji cuadrada reveló que el saber lo que es la hipertensión no tuvo relación con el saber que hacer para controlarla, confirmándose de acuerdo a las aportaciones

pedagógicas de Paulo Freire (1991) que dice que "en el aprendizaje solo aprende verdaderamente, aquel que se apropia de lo aprendido, transformándolo en aprehendido (concebir-percibir), con lo que se puede, por eso mismo, reinventarlo; aquel que es capaz de aplicar lo aprendido-aprehendido a las situaciones existenciales concretas".

Como se presenta un desfase entre lo que conocen y lo que saben hacer, indica que no ha habido apreciación de ese conocimiento (propio) o bien que no se le ha explicado significativamente el "que hacer".

Cuando se les preguntó si sabían que hacer para controlar su enfermedad, la mayoría (31 - 86%) contestó la toma de medicamentos según lo indicado por el médico, en segundo lugar, 19 (53%) de los pacientes contestaron el control a base de dieta y en tercer lugar 17 (47%) manifestaron la disminución en el consumo de café, dándole muy poca importancia al ejercicio y a la disminución de tabaco y esto correspondió en forma positiva cuando se les preguntó que cambios en el estilo de vida habían realizado, en orden de frecuencia, los resultados fueron similares al anterior, tal parece que la realización del ejercicio físico y el dejar de fumar son las acciones más difíciles de llevar a cabo, a pesar de habérselos prescrito médicamente.

Casi todos los pacientes (97%) manifestaron sentirse mejor que antes con el tipo de tratamiento que estaban llevando, lo cual puede significar que al sentir que es efectivo, difícilmente harían un cambio que resultara más difícil de seguir.

Según Nola J. Pender (1982), el grado de apoyo familiar a menudo determina la extensión en el cual los nuevos comportamientos que promueven la salud, serán aceptados y mantenidos por un período de tiempo. Los miembros de la familia pueden servir como los recursos importantes de motivación, recompensa y refuerzo para comportamientos específicos de salud y en éste estudio, dió como resultado que el 80% de los pacientes que recibieron apoyo familiar, si realizaron cambios en el estilo de vida y 20% que también recibieron apoyo, no realizaron cambios en el estilo de vida, sin embargo el 80% que no recibió apoyo familiar, realizaron cambios en su estilo de vida y otro 20% que tampoco recibió apoyo familiar, no realizaron cambios en su estilo de vida, esto no coincide con lo que dice Pender porque aunque un número importante de personas con apoyo familiar, si realizaron cambios, dichos cambios no mostraron significancia, para ello se realizó un coeficiente de correlación estadística por medio de la ji cuadrada, aceptándose la H_1 si el resultado era arriba de 3.84 y la H_0 si el resultado era menos, el resultado fué de 0.36 por lo

tanto no existió relación entre el apoyo familiar y los cambios de estilo de vida en los pacientes hipertensos, lo que indica que otras variables que no fueron estudiadas en el presente estudio, si podrían ser significativas para que el paciente realizara cambios en su estilo de vida, éstas variables podrían ser el involucramiento activo de la familia en la realización de actividades de autocuidado, motivación personal del hipertenso, entre otras.

Los pacientes nombraron hasta 19 personas distintas que fueron lo más importante para ellos, entre los que se encontraron que más del 50% se refirió a los hijos como proveedores de apoyo necesitado en varias situaciones de la vida. En segundo lugar, lo ocupó el grupo correspondiente a otros familiares como el hermano, hermana, padre y madre. El tercer lugar lo ocupó el esposo y los menos mencionados fueron los familiares políticos y otras personas. Esto indica que los familiares en línea directa son los que más se preocuparon y proporcionaron apoyo a su familiar hipertenso que otra clase de familiares. Este aspecto proporcionó una base de información a retomar por enfermería en sus intervenciones cuando deba incorporar a la familia.

Por otro lado, los efectos del apoyo familiar pueden estar ligados más a las percepciones de apoyo que a las conductas reales de los proveedores de apoyo, es decir, el apoyo recibido, ya que si los pacientes no perciben que el

apoyo está disponible, éste no podrá ser usado.

Es por eso que es necesario distinguir el apoyo recibido y percibido para poder determinar los efectos específicos del apoyo familiar en la salud y conductas relacionadas a la salud ya que éstas pueden no ser vistas como útiles por el individuo o puede que no cubran las necesidades del paciente hipertenso. También es posible que los cambios en el funcionamiento físico, psicológico o social pueden afectar las percepciones de necesidad de apoyo, así como también las percepciones de la disponibilidad de apoyo, es decir el apoyo familiar ni siempre puede ser claro o consistente.

El hecho de que uno obedezca o no a las normas médicas puede ser una función de la proporción de experiencias en el ambiente familiar que se apegan o no a las mismas normas.

Algunos de los sujetos de éste estudio pueden continuar con las conductas negativas de salud a pesar de las percepciones aparentes de apoyo para las conductas positivas de salud, porque su ambiente familiar continúa exhibiendo conductas que se desvian de las normas y recomendaciones propuestas por el sistema de salud.

Si la red familiar es fuerza positiva para la conducta de salud del paciente, los miembros de esa red deben, no solo exhibir apoyo, sino ocuparse ellos mismos en conductas positivas.

De esta manera en futuras investigaciones podría revelar si en realidad el involucramiento de la familia con las conductas positivas de salud se relacionan con el cambio de estilo de vida de los pacientes hipertensos.

A pesar de que existen estudios como el de Lauren S. Aaronson (1980), el de LaRocco y Jones (1978) y el de Margaret Dimond (1979) que sí muestran correlación entre el apoyo familiar recibido y los cambios en los estilos de vida respecto a la salud, no se encontró correlación. Aunque coincide con el estudio realizado por Norbeck con personas hispanas, no se encontró significancia.

CONCLUSION

En la población estudiada el apoyo familiar no constituyó un factor determinante para que los pacientes hipertensos realicen acciones de autocuidado, sin embargo una buena cantidad percibe apoyo familiar, mismo que es brindado en primer lugar por los hijos, en segundo lugar por el grupo correspondiente a otros familiares y el tercer lugar por el esposo(a).

SUGERENCIA

Que al realizar futuras investigaciones, sean estudiadas otras variables, no solo la influencia del apoyo familiar sino también la influencia del involucramiento activo de la familia en las prácticas de autocuidado junto con el paciente, la motivación personal, el involucramiento de enfermería para que intervenga promoviendo conductas positivas de salud tanto para los miembros de la familia como a los pacientes hipertensos.

En futuras investigaciones ampliar el tamaño de la muestra a partir de éstos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CHAGOYA, L; GUTTERF. H. (1971). Guide pour evaluer le fonctionnement de la familie. Manuscript non - publié.
- COBB, S. (1976). Social Support as a moderator of Life stress. Psychosomatic medicine. 38 (5), 300 - 314.
- COHEN, S.; y SYME, S.L. (1985). Issues in the study and aplication of social support. In S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), Social Support and Health (pp. 3 - 22) Orlando: Academic Press.
- DIMOND, M. (1979). Social Support and Adaptation to Chronic Illness: The case of Maintenance Hemodialysis Research in Nursing and Health. 2, 101 - 108.
- FAWCETT JACQUELINE PhD, FAAN, (1986). Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing F.A. Davis Company Philadelphia.
- FREIRE, PAULO. (1991). Extensión o Comunicación? la concientización en el medio rural. 17a. Edición. Siglo Veintiuno editores.

- IBAÑEZ BRAMBILA, B. (1990). Manual para la elaboración de tesis. 1a. edición Trillas.

- KAHN, R.L. (1979). Aging and Social Support. In aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives, ed. by M.W. Riley. (American Association for the advancement of Science, Selected Symposium No. 30). Boulder, Colo; Westview Press.

- NORBECK, JANE S; ADA M. LINDSEY; VIRGINIA L CARRIERI, (1961). The Development of an Instrument to measure Social Support. Reprinted from Nursing Research.

- OPS, (1990). Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitario.

- OREM, DOROTHY. (1979) The Nursing Theories. División de estudios de post-grado. Facultad de Enfermería. UANL.

- PENDER, NOLA J. APPLETON. (1982). Educación para la salud por medio del autocuidado. Promoción para la salud en la práctica de enfermería.

- PETERSON, V.; y GALYEN, R. (1987). Cost and Conflict the darker side or Social Support. Western Journal of Nursing Research. 9 (1), 9-18.

- POLIT D/HUNGLER. (1985). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericana, México.

- ROBLES DE FABRE, TERESA; JENKINS, ROSEMARY. (1987). El enfermo crónico y su Familia. Ediciones Nuevomar, S.A. de C.V.

- ROJAS SORIANO, RAUL. (1981). Guía para realizar investigaciones sociales. UNAM. 6a. edición. México.

- SAN MARTIN, HERNAN. (1990). Salud y Enfermedad. La prensa Médica mexicana S.A. de C.V. 4a. edición, Reimpresión.

- SATIR, VIRGINIA. (1987). Relaciones familiares en el núcleo familiar. México.

- SCHETTLER, G. (1978). Medicina Interna. Tomo No. 1 Ed. Salvat.

- SECRETARIA ESTATAL DE SALUD, (1990). Dirección de Planeación. Nuevo León.

- SKODOL WILSON, HOLLY. (1985). Introducing RESEARCH IN NURSING. (1), 12.

- TARDY, CH. (1985). Social Support Measurement. American Journal of Community Psychology 13 (2), 187 - 202.
- TORRES, GERTRUDE. (1986). Theoretical Foundations of Nursing. Appleton-Century. Crafts/Norwalk, Connecticut.
- WRIGHT, LORRAINE, R.N., PhD; LEAHEY, MAURCEN, R.N. M.S. (1987). Nurses and Families: A guide to family assessment and Intervention. F.A. Davis Company, Philadelphia.

ANEXOS

CUADRO NO. 1

RELACION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION HIPERTENSA

EDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
25 - 44	1	3	8	22	9	25
45 - 59	1	3	11	30	12	33
60 Y +	3	8	10	28	13	36
SIN DATO	1	3	1	3	2	6
TOTAL	6	17	30	83	36	100

CUADRO NO. 2 OCUPACION DE LA POBLACION HIPERTENSA

OCUPACION	NO.	%
HOGAR	28	79
EMPLEADA DOMESTICA	2	5
CARPINTERO	1	3
DESEMPLEADO	2	5
COMERCIANTE	2	5
JUBILADO	1	3
TOTAL	36	100.0

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 3 ESCOLARIDAD DE LA POBLACION HIPERTENSA

ESCOLARIDAD	NO.	%
PRIMARIA	22	61
SECUNDARIA	1	3
COMERCIO	1	3
SABEN LEER Y ESCRIBIR	2	5
ANALFABETAS	10	28
TOTAL	36	100

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 5 POBLACION HIPERTENSA QUE SABEN CONTROLAR SU ENFERMEDAD

ACCIONES REALIZADAS	NO.	%
EJERCICIO	4	11
TOMA DE MEDICAMENTO COMO LO INDICO EL MEDICO	31	86
DISMINUYE EL CONSUMO DE TABACO	3	8
DISMINUYE EL CONSUMO CAFE	17	47
CONTROL A BASE DE DIETA	19	53

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 7

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DE LA POBLACION HIPERTENSA

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA	NO.	%
COME MENOS SAL	25	69
HACE MAS EJERCICIO	3	8
TOMA SU MEDICAMENTO COMO SE LO INDICO EL MEDICO	26	72
DISMINUYE EL CONSUMO CAFE	21	58
DISMINUYE EL CONSUMO TABACO	8	22

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 8

TIEMPO DE HABER SIDO DIAGNOSTICADO COMO HIPERTENSOS

TIEMPO	NO.	%
MENOS DE 2 AÑOS	7	20
MAS DE 2 AÑOS	29	80
TOTAL	36	100

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 9 HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CONTROL DE SU ENFERMEDAD

FRECUENCIA	NO.	%
UNA VEZ A LA SEMANA	2	6
UNA VEZ AL MES	22	61
CADA TRES MESES	7	19
CADA SEIS MESES	3	8
NO ASISTEN	2	6
TOTAL	36	100

CUADRO NO. 10 TIPO DE TRATAMIENTO QUE LLEVA LA POBLACION HIPERTENSA

TIPO DE TRATAMIENTO	NO.	%
DIETA	16	44
EJERCICIO	1	3
MEDICAMENTOSO	31	86
DISMINUCION EN EL CONSUMO DE TABACO	10	28
DISMINUCION EN EL CONSUMO DE CAFE	24	67

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 11
RESPUESTA DE LOS HIPERTENSOS
AL TRATAMIENTO

RESPUESTA	NO.	%
IGUAL QUE ANTES	1	3
MEJOR QUE ANTES	35	97
TOTAL	36	100

CUADRO NO. 13

PERSONAS QUE LOS HIPERTENSOS CONSIDERAN IMPORTANTES EN SU VIDA

PERSONAS NOMBRADAS	NO.	%
HIJO(A)	79	50.3
ESPOSO(A)	24	15.3
OTROS FAMILIARES	32	20.4
FAMILIARES POLITICOS	9	5.7
OTRAS PERSONAS	13	8.3
TOTAL	157	100.0

NOTA:

OTROS FAMILIARES:

HERMANO, HERMANA, PADRE, MADRE, NIETO, NIETA, ABUELA.

FAMILIARES POLITICOS:

NUERA, YERNO, TIA, SOBRINA

OTRAS PERSONAS: AMIGO, AMIGA, VECINA

N = 36

F: CUESTIONARIO, NUEVO SAN MIGUEL, '91

CUADRO NO. 14

PERSONAS QUE APOYAN Y NO APOYAN A SUS FAMILIARES HIPERTENSOS

PERSONA	APOYAN		NO APOYAN		TOTAL	
	NO APOYAN	%	SI APOYAN	%		%
HIJO(A)	21	27	58	73	79	100
ESPOSO(A)	4	17	20	83	24	100
OTROS FAMILIARES	12	8	20	38	32	100
FAMILIARES POLITICOS	3	33	6	67	9	100
OTRAS PERSONAS	8	62	5	38	13	100
TOTAL	48	31	109	69	157	100

ANEXO No.1

CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO

OBJETIVO: Identificar estructuras socioculturales que el paciente emplea del apoyo familia y desarrollo de acciones de autocuidado.

INSTRUCCIONES: Marcará con una "X" en el cuadro correspondiente a cada pregunta, todas las preguntas se contestarán de igual manera; las preguntas 3,4 y 6 son las únicas que tienen dos respuestas.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre _____ Edad _____

Sexo _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Fecha _____

Procedencia _____

Dirección _____

II.- POR FAVOR CONTESTE LO QUE SE LE PIDE:

1.- Sabe Usted qué es hipertenso?

si _____ No _____ No sabe _____

2.- Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron hipertensión?

Menos de 2 años _____ Más de 2 años _____

3.- Asiste Usted con su médico, para el control de su hipertensión?

Si _____ No _____

Con qué frecuencia?

Una vez a la semana _____ Una vez al mes _____

Cada 3 meses _____ Cada 6 meses _____

Una vez al año _____

4.- Se le dió algún tipo de tratamiento?

Si _____ No _____

Qué tipo ?

Dieta _____ Ejercicio _____ Medicamentoso _____

Disminución en el consumo de tabaco _____

Disminución en el consumo de café _____

5.- Cómo se siente Usted con el tratamiento que recibe?

Igual que antes _____ Mejor que antes _____

Peor que antes _____

6.- Sabe Usted que hacer para controlar su hipertensión?

Si _____ No _____

Qué hace?

Ejercicio _____ Control a base de dieta _____

Toma su medicamento como lo indicó el médico _____

Disminuye el consumo de tabaco _____

Disminuye el consumo de café _____

7.- Ha hecho cambios en su estilo de vida, después de haber sido diagnosticado como hipertenso?

Si _____ No _____

Cuáles?

Come menos sal _____ Hace más ejercicio _____

Toma su medicamento como se lo indicaron _____

Disminuyó el consumo de café _____

Disminuyó el consumo de tabaco _____

MUCHAS GRACIAS !

ANEXO No. 2

CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR

OBJETIVO: Determinar el grado de apoyo familiar que recibe el paciente hipertenso.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre _____ Edad _____

Sexo _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Fecha _____

Procedencia _____

Dirección _____

Por favor haga una lista de las personas de su familia que Usted considere importantes en su vida.

Use solamente el nombre o iniciales, especifique el sexo y después indique el tipo de relación que existe entre ustedes.

Ejemplo:

	Nombre o iniciales	Sexo	Relación
1.-	<u> Maria T. </u>	<u> F </u>	<u> prima </u>
2.-	<u> Roberto </u>	<u> M </u>	<u> Hermano </u>
3.-	<u> M. T. </u>	<u> F </u>	<u> Madre </u>
4.-	<u> José </u>	<u> M </u>	<u> Tio </u>
5.-	<u> Gpe. </u>	<u> F </u>	<u> Abuela </u>

Conteste aqui:

	Nombre o iniciales	Sexo	Relación
1.-	_____	_____	_____
2.-	_____	_____	_____
3.-	_____	_____	_____
4.-	_____	_____	_____
5.-	_____	_____	_____

Use la siguiente lista para ayudarse a pensar en las personas importantes para Usted y liste tantas personas como sea aplicable el caso:

- esposo/esposa
- hermano/hermana
- hijo/hija
- padre
- madre
- abuelo/abuela
- primo/prima
- tio/tia
- familiares politicos

Para cada persona, conteste las siguientes preguntas, escribiendo el número correspondiente:

- 1.- Nada
- 2.- Un poco
- 3.- Moderadamente
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

1.- Qué tanto hace ésta persona para que Usted se sienta aceptado?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

2.- Qué tanto confía en ésta persona ?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

3.- Qué tanto ésta persona apoya sus acciones o pensamientos?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

4.- Si Usted necesita dinero o ayuda para acudir al médico, Qué tanta ayuda recibiría de ésta persona?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

5.- Si tuviera que permanecer en cama por varias semanas Qué tanta ayuda le pudiera dar ésta persona?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

6.- Con qué frecuencia trata a ésta persona?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

7.- Durante los últimos 2 años, Ha perdido alguna relación importante debido a cambios de domicilio, de trabajo, matrimonio, divorcio, muerte o alguna otra razón?

- Quién ?
- 1.- _____
 - 2.- _____
 - 3.- _____
 - 4.- _____
 - 5.- _____

Cuánto apoyo le proporcionaba?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

MUCHAS GRACIAS !

APPENDIX A

Request Form

I request permission to copy the Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) for use in research in a study

entitled: QUE TANTO INFLUYE EL APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE
HIPERTENSO PARA DESARROLLAR ACCIONES DE AUTOCUIDADO.

Gasolina Garguilla Buena
(Signature)

JUNIO 10 DE 1991
(Date)

Position and Full Address of Investigator: LIC. EN ENFERMERIA Y ESTUDIANTE
DE MAESTRIA EN SALUD COMUNITARIA

TULA 181, COL. MITRAS CENTRO

MONTERREY, N. L. 64460. MEXICO

Permission is hereby granted to copy the NSSQ for use in the research described above.

Jane S. Norbeck

Jane S. Norbeck

June 17, 1991

(Date)

Please send two signed copies of this form to:

Jane S. Norbeck, D.N.Sc.
Department of Mental Health and Community Nursing
University of California, San Francisco
N505-Y
San Francisco, California 94143

