

AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
PROGRAMA DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, INSTITUCIÓN
HOSPITALARIA DE SEGUNDO NIVEL. BELÉN DE UMBRÍA (RISARALDA),
JULIO-NOVIEMBRE DE 2008

DAISSY JOHANNA SOSA AVELLA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2008

AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
PROGRAMA DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, INSTITUCIÓN
HOSPITALARIA DE SEGUNDO NIVEL. BELÉN DE UMBRÍA (RISARALDA),
JULIO-NOVIEMBRE DE 2008

DAISSY JOHANNA SOSA AVELLA

Trabajo de Grado
Requisito para optar el título de enfermera

Asesora
DIANA LOZANO POVEDA
Enfermera Magíster en Salud Pública

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2008

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACIÓN Y SITUACIÓN PROBLEMA	
1.1 JUSTIFICACIÓN	15
1.2 PREGUNTA DEL ESTUDIO	22
1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	22
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3. PROPÓSITOS	26
4. ESTADO DEL ARTE Y MARCO DE REFERENCIA	
4.1 ESTADO DEL ARTE	27
4.2 MARCO DE REFERENCIA	35
5. METODOLOGÍA	
5.1 TIPO DE ESTUDIO	47
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	49
5.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS	50
5.4 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	41
6. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	52

7. CONCLUSIONES	94
8. BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXOS	110

LISTA DE MATRICES

	pág.
Matriz 1: Conocimientos de la Hipertensión arterial: categorías deductivas e inductivas, grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.	54
Matriz 2: Acciones para el manejo de la Hipertensión arterial: categorías deductivas e inductivas, grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.	66
Matriz 3: Recursos para el manejo de la hipertensión arterial: categorías deductivas e inductivas. Grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel de, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas. Grupo de usuarios del servicio de consulta externa, hospital de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.	pág. 47
Tabla 2: Aspectos clínicos de la hipertensión arterial. Grupo de usuarios del servicio de consulta externa, hospital de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.	49

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1: Identificación personal de los participantes.	104
Anexo 2: Tópicos tratados en la entrevista.	105
Anexo 3: Consentimiento Informado	107
Anexo 4: Síntesis de conocimientos, acciones y recursos en el Autocuidado de la hipertensión arterial.	108

AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE
SEGUNDO NIVEL. BELÉN DE UMBRÍA (RISARALDA), JULIO-NOVIEMBRE DE 2008

RESUMEN

El presente estudio se orientó a reconocer las prácticas de autocuidado para el manejo de Hipertensión arterial de un grupo de diez usuarios del programa de consulta externa de un Hospital de Segundo Nivel en Belén de Umbría (Risaralda). Se realizó un estudio etnográfico-etnohistórico que permitió una mirada retrospectiva a dichas prácticas y un acercamiento a la cotidianidad de los participantes mediante dos visitas domiciliarias durante las cuales se realizaron dos entrevistas a profundidad. La interpretación de los resultados se realizó desde los tres aspectos propuestos por Helen Erickson aplicados a las prácticas de autocuidado en Hipertensión arterial en términos de conocimientos de la enfermedad, las acciones para su manejo y los recursos disponibles. Entre los resultados se destaca que los conocimientos sobre la enfermedad en cuanto a las causas, consecuencias y predisposición de los individuos a sufrir HTA son claros. Las acciones se orientaron al cumplimiento del tratamiento farmacológico y el control médico, presentando la mayor dificultad en seguir las prácticas higiénico dietéticas. En cuanto a los recursos, referidos al apoyo social y disponibilidad económica para el tratamiento, fueron considerados suficientes en todos los casos. En conclusión, aunque es evidente la contradicción entre los conocimientos y las prácticas es necesario considerar el contexto cultural y social del grupo para lograr desarrollar aptitudes hacia el autocuidado especialmente en las prácticas dietéticas y en actitudes físicas y de ejercicio.

Palabras clave: Autocuidado, hipertensión, conocimientos, recursos, acciones.

SELF-CARE FOR THE HANDLING OF ARTERIAL HYPERTENSION. SCHEDULE FROM
DEPARTMENT OF EXTERNAL MEDICAL CONSULTATION. HOSPITAL INSTITUTION
OF SECOND LEVEL. BELÉN DE UMBRÍA (RISARALDA) COLOMBIA, SOUTH
AMERICA. JULY - NOVEMBER 2008

Author: Daissy Johanna Sosa Avella

Director: Diana Lozano Poveda, Nurse, Master in Public Health

ABSTRACT

The present study was aimed to recognize the self-care practices for the handling of arterial hypertension of a group of ten users of the schedule of external medical consultation in a hospital of second level in Belén de Umbría, Risaralda. A ethnographic – ethnohistoric study was carried out which allowed a retrospective look to this practices and an approach to the day-to-day of the participants through two domiciliary visits during which were carried out two interviews to depth. The interpretation of the results was carried out from the three views proposed by Helen Erickson applied to the self-care practices in arterial hypertension in terms of knowledge of the illness, the actions for its handling and the available resources. Among the results it stands out that the knowledge on the illness about the causes, consequences and the bias of the subjects to suffer arterial hypertension are clear. The actions were aimed to the enforcement of the pharmacological treatment and the medical control, presenting the biggest hinders in following the dietary-hygienic practices. As for the resources, referred to the social support and economic availability for the treatment, they were considered enough in all the cases. In conclusion, although it is evident the contradiction between the knowledge and the practices prove necessary to consider the cultural and social environment of the group to be able to develop skills toward the self-care, especially in the dietary practices and in physical and workout attitudes.

Key words: Self-Care, Hypertension, Knowledge, Resources, Actions.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado, considerado como las acciones que las personas practican de forma voluntaria encaminadas a mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida cotidiana y de manera especial cuando se afronta alguna enfermedad, sobre todo aquellas de tipo crónico como la Hipertensión Arterial (HTA), la cual requiere de prácticas orientadas a evitar complicaciones de la enfermedad. De manera especial, prácticas relacionadas con el estilo de vida, en cuanto a la alimentación, el ejercicio, la actividad física, y el manejo del estrés, como complemento del tratamiento farmacológico.

El presente trabajo se orientó a reconocer las prácticas de autocuidado para el manejo de la HTA desde la perspectiva de un grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda). Éstas prácticas se consideraron en términos de conocimientos, acciones y recursos de diez usuarios del mencionado servicio, con el propósito de favorecer los procesos de inducción y acompañamiento en la atención integral y por ende mejorar la calidad de vida de los usuarios. La realización del proyecto se hizo mediante algunos elementos del método etnográfico-etnohistórico, para hacer una mirada retrospectiva a las prácticas de autocuidado de los participantes desde el momento del diagnóstico de la HTA.

Entre los resultados se encontró que existe conocimiento de la HTA y su manejo, sin embargo, existe dificultad en la aplicación de los conocimientos, es decir, existe una marcada dificultad en la adherencia a la modificación de estilos de vida y tratamiento farmacológico, atribuyéndose esta situación a las características culturales de esta población.

En síntesis, los resultados de este estudio serán un aporte significativo a los Programas de Promoción de la Salud en la institución hospitalaria de segundo nivel de Belén de Umbría (Risaralda), donde se realizó el proyecto, con el fin de hacer las modificaciones necesarias en dichos Programas y para de una u otra manera suplir las falencias encontradas. Además, aportar elementos al proyecto denominado “Conductas buscadoras de salud” del grupo de investigación del departamento de salud colectiva de la facultad de Enfermería (procesos sociales y salud) de la Pontificia Universidad Javeriana.

1. JUSTIFICACIÓN Y SITUACIÓN PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la hipertensión, son un problema de salud pública a nivel mundial, tanto que en el año 2001 ocasionaron casi el 60% de mortalidad y constituyeron el 45,9% de la carga mundial de morbilidad. En el año 2020, si las tendencias actuales se mantienen, estas enfermedades representarán el 73% de las defunciones y el 60% de la carga de morbilidad¹.

Los estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, a la enfermedad cardiovascular, ésta incluye Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), Enfermedad Coronaria (EC), Enfermedad Arterioesclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la Hipertensión Arterial (HTA), el factor de riesgo más importante para su desarrollo. La HTA afecta cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente un billón en el mundo². La prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe para el 2002, varía entre el 14 al 40% en las personas entre los 35 a 64 años, afectando a un total de 140.000.000 de personas¹. Por lo tanto, la HTA afecta alrededor del 20 % de la población adulta a nivel mundial generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones³.

¹ CARMEN, Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas [En línea], Abril de 2002, OPS Colombia. [citado 18 Septiembre 2007]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>>

² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. [citado 24 Febrero 2008].p.1-44. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16175DocumentNo4208.PDF>>.

³ CARMEN, Op. Cit., p. 4.

En un estudio realizado en 1994 en la ciudad de Pasto y en San Andrés, se encontró una prevalencia de HTA del 29% y 30% respectivamente, la cual fue mayor en hombres, con un incremento asociado a la edad. Por su parte, el DANE reportó que el 26% de las defunciones totales para el año 2001, correspondieron a enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, falla cardiaca ICC y ECV.

De acuerdo al informe del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud en mayo de 1997, las enfermedades cardiovasculares (EC, HTA, ECV y enfermedad reumática del corazón) se situaron en los primeros lugares de mortalidad; para 1990 correspondieron al 28% de todas las muertes. Es evidente que la HTA y sus complicaciones ocupan el primer lugar como causa de mortalidad. Según los indicadores de la OPS en Colombia, la mortalidad general y específica, fue de 113.4 (tasa x 100.000 habitantes) en 1998 por enfermedades cardiovasculares que incluyeron enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, ICC y ECV⁴.

El Ministerio de Salud de Colombia en 1999 realizó el Segundo Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, ENFREC II, el cual reportó que un 85.5% de los encuestados tuvo acceso al procedimiento de medición de presión arterial y el 12.3% de la población adulta informó que era hipertensa, siendo esta patología más frecuente en las mujeres y en los grupos de mayor edad. La prevalencia fue alta en personas con menor nivel educativo, en los grupos socioeconómicos bajos y en individuos con percepción de peso alto⁵.

El Ministerio de Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presentaron en el año 2007, los indicadores censo 2005, ubicando dentro de las primeras causas de mortalidad en hombres y mujeres en Colombia la enfermedad isquémica del corazón, situándola como la primera causa entre las edades de los 45 a 64 años y de los 65 años y más. En los hombres de 45 a 64

⁴ Ibid, p. 4

⁵ Ibid., p. 5

años las enfermedades isquémicas del corazón ha ocasionado 3.520 muertes, un 16.6%, tasa de 107.3 por 100.000 habitantes; en segundo lugar se ubica las agresiones u homicidios. De los 65 años y mas, la enfermedad isquémica del corazón ha ocasionado 10.610 muertes, un 21.2%, una tasa del 867.1. En las mujeres, edades de 45 a 64 años, la enfermedad isquémica del corazón ha ocasionado 1.800 muertes, un 12.5%, tasa del 50.6 por 100.000 habitantes, seguida de enfermedades cerebrovasculares. De 65 años y más, la enfermedad isquémica ha ocasionado 9.389 muertes, un 19.2%, tasa del 643.6. por 100.000 habitantes.⁶

Según información estadística del DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), con respecto al número de defunciones Colombianas por grupos de edad y sexo y la lista de causas agrupadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 año 1999, la enfermedad hipertensiva se ubica dentro de esta lista, estimando que 5.490 personas mueren por esta causa, entre estas 2.502 son hombres y 2.988 mujeres respectivamente⁷.

Según indicadores básicos 2007, para monitoreo de los objetivos de desarrollo del milenio y otros indicadores en Colombia y la región de las Américas, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio 2000-04, en la región de las Américas es de 227.8, en América latina y el Caribe es de 177.1, en América Latina es de 176.6, en el área Andina 141.6% y finalmente en Colombia es de 130.2, por 100.000 habitantes, dato actualizado en el año 2005⁸.

⁶ Indicadores Básicos 2007,. Indicadores de Moralidad 2005. [citado 16 Julio 2007] Disponible en la World Wide Web:< www.bvs-vspcol.bvsalud.org>

⁷ DANE,. Estadísticas vitales. El número de defunciones Colombianas por grupos de edad y sexo. Lista de causas agrupadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 año 1999. [citado 16 Julio 2007] Disponible en la World Wide Web: < www.dane.gov.co>

⁸ Indicadores Básicos 2007. Para monitoreo de los objetivos de desarrollo del milenio y otros indicadores en Colombia y la región de las Américas. Op. Cit.

Para efectos del presente estudio, es necesario conocer características epidemiológicas del Departamento de Risaralda ya que está conformado por 14 municipios y 8 corregimientos. Por la concentración de población sobresalen los municipios de Pereira, Dos Quebradas, Santa Rosa de Cabal y Quinchía. El departamento se caracteriza por la economía cafetera, industrial y comercial. La primera, ha sido de gran relevancia en el país dado que la exportación de café representa desde hace cerca de un siglo una de las exportaciones más amplias y estables, que contribuye no sólo al desarrollo de la región cafetera, sino de todo el país. Según datos preliminares del censo de 2005, su población es de 859.666 habitantes, de los cuales 665.104 corresponden a las cabeceras municipales y 194.562 al sector rural, de los cuales 418.236 son hombre y 441.430 mujeres, agrupados en 231.592 hogares que habitaban 231.780 viviendas⁹; Específicamente, en el municipio donde se recogió la muestra, Belén de Umbría, la proyección de la población por cabecera y resto de cada uno de los municipios que integran el Departamento de Risaralda, año 2004-2005, el total es de 33.080, 15.67%, habitantes correspondientes al casco urbano y rural.¹⁰

Según los Indicadores por grupos de causas (lista 6/67 OPS), por departamento de residencia Colombia 2005 en el Departamento de Risaralda las enfermedades del sistema circulatorio se ubica como la causa de 1.413 muertes, 2.5%, tasa de 157.4 por 100.000 habitantes¹¹.

Por otra parte, los estudios realizados sobre hipertensión arterial en los últimos 10 años y que fueron publicados en las bases de datos PubMed, Scielo y Scirus, permitieron establecer cuatro tendencias. La primera, hace referencia a estudios sobre el tratamiento no farmacológico (ejercicio, dieta adecuada, no consumo de tabaco y alcohol y control del estrés), el cual no es llevado a cabo por los

⁹ DANE,. Datos preliminares de Población Censo 2.005. Op. Cit.

¹⁰ Proyecciones de Población. Estudios Censales 2003. Ibid.

¹¹ Indicadores Básicos 2007,. Mortalidad por grupos de causas (lista 6/67 OPS), según departamento de residencia, Colombia 2005. Op. Cit.

pacientes hipertensos por razones sociales, culturales y económicas; además se destaca la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, por educación insuficiente¹². La segunda tendencia, indica que existe déficit de autocuidado debido a que las personas tienen estilos de vida poco saludables como el consumo elevado de sal, grasas saturadas, cigarrillo alcohol, sedentarismo y estrés; factores que se relacionaron con el nivel económico y falta de conocimientos de la enfermedad¹³. La tercera tendencia, reúne estudios sobre el conocimiento que tienen los pacientes, en cuanto a definición, causas, consecuencias y control de la enfermedad.¹⁴ Y la cuarta tendencia, hace

¹² CIRES PUJOL, Míriam, PENA MACHADO, María A, ACHONG LEE, Manuel *et al.* Evaluación del control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [En línea].jul.-ago. 1995, vol.11, no.4 [citado 15 Abril 2007], p.337-343. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.; TUESCA-MOLINA, Rafael, GUALLAR-CASTILLON, Pilar, BANEGAS-BANEGAS, José Ramón *et al.* Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit.* [En línea]. 2006, vol. 20, no. 3 [citado 15 Abril 2007], pp. 220-227. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.; ACOSTA GONZALEZ, Magda, DEBS PEREZ, Giselle, DE LA NOVAL GARCIA, Reynaldo *et al.* Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer.* [En línea]. sep.-dic. 2005, vol.21, no.3 [citado 15 Abril 2007], p.1-8. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.

¹³ MONTEIRO, Maria de Fátima, SOBRAL FILHO, Dário C. *Exercício físico e o controle da pressão arterial.* *Rev Bras Med Esporte.* [En línea]. nov./dic. 2004, vol.10, no.6, [Citado 28 Abril 2007], p.513-516. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-8692.; RIVERA ALVAREZ, Luz N *et alii.* Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública* [En línea]. dic. 2006, vol. 8, no. 3 [citado 15 Abril 2007], p. 235-247. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0124-0064. doi: 10.1590/S0124-00642006000300009> ISSN 0124-0064.; VILLEGAS Y JIMENEZ, Clementina, LOPEZ SOLANCHE, Graciela, PICHARDO LEÓN, Carlos. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* [En línea] Ene-Abr. 2003, Vol. 11 N° 1, [citado 15 Abril 2007], p.11-17. Disponible en la World Wide Web: <http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=13700&id_seccion=961&id_ejemplar=1404&id_revista=33>; LANDEROS OLVERA, Erick Alberto *et alii.* Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una comunidad rural, México, Artículo Científico. [En línea]. 2004, vol. 12, no.2 [citado 25 Septiembre 2008], p. 71-74. Disponible en la World Wide Web: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2_7174.pdf>; CARDENAS CONTRERAS, Juanita. Autocuidado y redes de apoyo en ancianos con hipertensión arterial. Bogotá, 1997. Trabajo de grado (Enfermera).Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería. Departamento de Salud Colectiva.

¹⁴ AMARAL Zaitune *et alii.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [En línea]. feb. 2006, vol.22, no.2 [citado 17 Marzo 2008], p. 285-294. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/06.pdf>; ISSN 0102-311X; THEOPHILO Lima, Márcia, FERRO BUCHER, Julia, DE OLVEIRA LIMA, José. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [En línea]. jul./ago. 2004, v.20, no.4 [citado 17 Marzo 2008], p. 1079-1087. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400023&script=sci_abstract&tlng=pt> ISSN 0102-311X; PÉRES, Denise, MAGNA, Jocelí, VIANA, Luis. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública* [En línea]. oct. 2003, v.37, no.5 [citado 17 Marzo 2008], p. 635-642. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>, ISSN 0034-8910; VILLEGAS, Op. cit., p. 11-17; LANDEROS, Op. cit., p. 71-74; GONZALES, Op. cit., p. 1-8.

referencia a experiencias y resultados sobre intervenciones desde el enfoque de promoción de la salud a través de actividades educativas orientadas a promover las prácticas de autocuidado en las personas¹⁵.

El presente proyecto pretendió ubicarse en el margen de la integración de la tercera y cuarta tendencia, ya que además de indagar por los conocimientos que tienen las personas hipertensas, se pretende dar un aporte a la Promoción de la Salud y la Prevención Primaria enfocados hacia el autocuidado en HTA, lo cual requiere del reconocimiento de la situación de la vida real que experimentan las personas, sus conocimientos, acciones y recursos para afrontar la enfermedad.

Esta perspectiva, es considerada de gran importancia en programas de educación para la salud desde un enfoque centrado en la realidad referida por los usuarios dentro de su propio contexto, lo cual se refleja en los resultados del presente estudio en términos de sus conocimientos, el uso de sus recursos y en las acciones que llevaron a cabo para el manejo de la HTA.

Por consiguiente, debido a que existe alta exposición a factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (como la obesidad, el hábito de fumar y la diabetes, así como también el aumento de la respuesta a la disminución de la ingesta de sal, las modificaciones en el estilo de vida) en la población usuaria del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda), en donde asisten 1200 usuarios (provenientes del casco urbano y rural), que están incluidos en el programa de hipertensión.

¹⁵ ROSADO Peredo, Pedro *et alii*. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial, *Revista Médica del IMSS* [En línea]. marzo-abril 2005, vol. 43, No 2 [citado 25 Septiembre 2008], p. 125-129. Disponible en la World Wide Web: < <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2005/e-im05-2/em-im052e.htm>>; TUESCA, Op. cit., p. 220-227; RIVERA, Op. cit., p. 235-247; VILLEGAS, Op. cit., p. 11-17, CARDENAS, Op. cit.

De este número de usuarios se tomó la muestra por conveniencia de diez pacientes para el presente estudio, puesto que se ve la necesidad de indagar sobre las prácticas de autocuidado en relación con la hipertensión arterial en esta población, además que se identifica que la enfermedad se manifiesta y diagnostica a edades muy jóvenes.

Todo lo anterior permite una diferenciación del presente estudio con otros, ya que se enfoca no sólo en reconocer los aspectos mencionados a lo largo de éste, si no también a tratar aspectos socioculturales y reconocer los saberes de las personas con diagnóstico de HTA. Además se pretende brindar dicha información a los Programas de Promoción de la Salud del Departamento de consulta externa de la Institución donde se realizó, de tal manera que se reconozca la singularidad en la modificación de los estilos de vida de las personas y su disponibilidad para afrontarlos. Convirtiéndose éste estudio, de cierta forma, en una respuesta a muchas investigaciones que recomiendan mejorar y aumentar los Programas de Promoción de la salud relacionados con la hipertensión arterial especialmente en nuestro país, donde la incidencia y prevalencia de la enfermedad es elevada y va en aumento.

La prevención y tratamiento de la HTA, representa uno de los principales retos para la salud pública, es por ello que el presente estudio aporta información para prevenir el aumento de la presión arterial en personas jóvenes prevalentes en la población hipertensa de la población incluida en el estudio; disminuir los riesgos cardiovasculares, ya que la mayoría de personas con hipertensión arterial procedentes de la región (Risaralda), tienen factores de riesgo para desarrollar la enfermedad; proporcionar información válida al programa de HTA, manejado por el Hospital para que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios, teniendo en cuenta la aplicación de los tres elementos teóricos utilizados, conocimientos, recursos y acciones.

Además, cabe resaltar la importancia que juega el papel de enfermería, ya que son las enfermeras profesionales quienes se encargan de planear, dirigir y aplicar los Programas de Promoción de la Salud y de manera específica en el programa de hipertensión en el servicio de consulta externa donde se realizó el presente estudio.

Por último, el presente trabajo contribuye al programa de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, en el área de formación específica al adulto y anciano. También, los resultados se constituyen en aporte a la línea de cultura y salud del grupo de investigación en los procesos sociales y salud del departamento de enfermería en salud colectiva, específicamente en su proyecto de “conductas buscadoras de salud”.

1.2 PREGUNTA DEL ESTUDIO

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en relación con la Hipertensión Arterial de un grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda) en el período de julio-noviembre de 2008?

1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

1. 3.1. Prácticas de Autocuidado.

Las prácticas de autocuidado entendidas como actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con interés de mantener un

funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar¹⁶. Por lo tanto, el término se refiere a las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión de un agente de salud formal, todo esto inmerso dentro de entornos físicos, ecológicos y sociopolíticos particulares. Para efectos de este trabajo, el autocuidado fue visto desde tres aspectos tomados del modelo de Helen Erickson¹⁷ aplicados a las prácticas de autocuidado en hipertensión arterial, desde los conocimientos de la enfermedad, las acciones para su manejo y los recursos disponibles:

- **CONOCIMIENTOS:** “Toda persona conoce hasta cierto punto que es lo que la ha hecho enfermar, lo que ha minado su eficacia o lo que ha interferido con su crecimiento. La persona sabe también que es lo que la beneficia, optimiza su eficacia o satisfacción (en determinadas circunstancias) o favorece su crecimiento”. Para efectos del presente trabajo, se hizo referencia a los conocimientos que tenían los participantes en cuanto a la causa, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial.
- **ACCIONES:** La acción de autocuidado es “el desarrollo y utilización de los conocimientos y recursos para el autocuidado”. Para efecto de este estudio las acciones fueron vistas como las prácticas que llevaron a cabo los participantes para tratar y controlar la hipertensión arterial, dentro de su entorno y sin un agente de salud formal.
- **RECURSOS:** Los recursos para el autocuidado son “los recursos internos, así como los recursos adicionales, movilizados, a través de la acción de autocuidados, que ayudan a alcanzar, mantener y favorecer un nivel óptimo

¹⁶ REYES, Isidoro. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger. [citado 20 Mayo 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html>.

¹⁷ ERICKSON. Helen, TOMLIN, Evelyn M, SWAIN, Mary Ann P. Los modelos y modelados de roles. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed., Elsevier Science. p. 452.

de salud holística”. Para efectos del presente trabajo se tuvieron en cuenta los recursos externos con que contaban los participantes, teniendo presente el apoyo familiar, las fuentes de información recibida acerca de la hipertensión arterial y los aspectos económicos con que contaban cada uno de ellos.

1.3.2. Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible considerada como la elevación patológica de la presión arterial sobre valores elegidos convencionalmente por asociarse con daño en las arterias y en diversos parénquimas. Entre estos, son especialmente susceptibles el corazón, riñón, circulación cerebral y retina, cuyo daño es proporcional tanto a la magnitud como a la duración de la hipertensión. La Organización Mundial de la Salud considera que los adultos hombres o mujeres de cualquier edad, cuya presión arterial es mayor de 140/90 mmHg son hipertensos¹⁸.

1.3.3. Usuarios del Servicio de Consulta Externa de una Institución Hospitalaria de Segundo Nivel en Belén de Umbría (Risaralda).

Son los usuarios del programa de hipertensión arterial, que acuden al Servicio de Consulta Externa de una Institución Hospitalaria de Segundo Nivel en Belén de Umbría (Risaralda), en el período de julio-noviembre de 2008, que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social, cuatro usuarios en calidad de contributivos y lo demás al régimen subsidiados. Para la fecha de recolección de la información del presente trabajo estaban inscritos al programa 1200 pacientes, entre los cuales se seleccionaron los diez participantes del presente estudio.

¹⁸DOWNEY, Patricio, Revisión del apunte nueve: Hipertensión Arterial. [Citado 18 Mayo 2006]. Disponible en la World Wide Web: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apunte9.doc>>.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Reconocer las prácticas de autocuidado para el manejo de la hipertensión arterial de un grupo de usuarios del Servicio de Consulta Externa de una Institución Hospitalaria de Segundo Nivel en Belén de Umbría (Risaralda), en el período de julio-noviembre de 2008.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar los conocimientos de los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, en cuanto a las causas, el tratamiento y control de la enfermedad.

2.2.2 Reconocer las acciones de autocuidado que llevan a cabo los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial para el manejo de la enfermedad.

2.2.3 Reconocer los recursos disponibles con que cuentan los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial para el manejo de la enfermedad.

3. PROPÓSITOS

- Aportar información, desde los usuarios, a los Programas de Promoción de la Salud del Departamento de Consulta Externa de una Institución de Segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda), relacionada con el manejo que le han dado los usuarios a su enfermedad, esto con el fin de ver la pertinencia de posibles modificaciones para lograr un mayor impacto en sus pacientes.
- Brindar información a la comunidad en general sobre las prácticas de autocuidado relacionadas con hipertensión arterial, la cual está afectando en un alto porcentaje a la población local, nacional y mundial.
- Aportar elementos teóricos y metodológicos al proyecto denominado “Conductas Buscadoras de Salud” del grupo de investigación procesos sociales y salud del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la Pontificia Universidad Javeriana.

4. ESTADO DEL ARTE Y MARCO DE REFERENCIA

4.1 ESTADO DEL ARTE

Como se afirmó en la justificación, los estudios publicados en los últimos diez años en las bases de datos PubMed, Scielo y Scirus se agruparon en cuatro tendencias relacionadas con el manejo de la Hipertensión Arterial destacándose el autocuidado, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los conocimientos, las creencias y las prácticas alrededor de la enfermedad y la importancia de la Promoción de la Salud orientada a las prácticas de autocuidado. A continuación se hace la síntesis de los estudios relevantes que ilustran las tendencias mencionadas.

En relación con el cumplimiento terapéutico, TUESCA lo considera un problema de salud por el aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares; además de disminuir la productividad e incrementar costos en salud. Muchos pacientes al no referir síntomas suponen o piensan que no necesitan tomar en forma frecuente la medicación. Por tanto, no parecen percibir ni sentir los beneficios del tratamiento, ya que al no tener síntomas es más difícil controlar y complementar la medicación.¹⁹ Del 53% de la muestra estudiada *(n=400), todos hipertensos conocidos y tratados, presentan un buen cumplimiento terapéutico; dentro de este grupo la proporción de cumplimiento en hombres fue del 52,3% y en mujeres del 53,9%, sin diferencias de género. En los hombres, el cumplimiento terapéutico difiere según las zonas estudiadas, en el área rural y en el litoral cantábrico son cumplidores. Los hombres cumplidores presentan escolaridad baja, mejor función física, salud general y componente físico de calidad de vida. Los no cumplidores han tenido una hospitalización previa y autorreportan dos

¹⁹ TUESCA, Op. cit., p. 220-227.

*Número de personas incluidas, es decir, cuatrocientas personas hipertensas participaron en el estudio.

enfermedades crónicas aparte de la hipertensión. Con respecto a las mujeres, las cumplidoras presentan un nivel escolar bajo y mejor calidad de vida en el componente físico. En conclusión, el cumplimiento terapéutico se relaciona con diferencias de género, de región, educación y calidad de vida.

Por su parte Cires, encontró que generalmente el tratamiento no farmacológico o higiénico dietético, tiene un ligero predominio en los hipertensos cumplidores del tratamiento farmacológico y para controlar sus cifras tensionales se hace necesario añadir uno o varios medicamentos. El tratamiento no farmacológico debe mantenerse, el cual consiste en la restricción moderada de la ingestión de sal, la reducción de peso en caso de obesidad, el consumo pobre de grasas naturales, un programa de ejercicios físicos practicados de forma moderada, así como la lucha por reducir la tendencia del consumo del tabaco y el alcohol, siendo estos pilares fundamentales en el control de la presión arterial²⁰. Por lo tanto, no resulta suficiente la valoración por parte del médico o la enfermera del cumplimiento de las medidas antes mencionadas, es necesario desarrollar programas enérgicos, encaminados a modificar hábitos de vida nocivos y al mismo tiempo aplicar medidas que contribuyan al reconocimiento por parte del paciente sobre la importancia de su activa colaboración en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Montero, indica que el ejercicio tiene efecto sobre los niveles de presión arterial, siendo un complemento importante de las medidas farmacológicas. Los efectos benéficos del ejercicio físico deben ser aprovechados en el tratamiento inicial del individuo hipertenso, logrando evitar o reducir el número de medicamentos y de sus dosis. En personas sedentarias e hipertensas se reduce clínicamente la presión arterial cuando realizan ajustes, inclusive modestos, en la actividad física.

²⁰ CIRES, Op. cit., p. 337-343.

Por lo tanto, el volumen del ejercicio requerido para reducir la presión arterial puede ser relativamente pequeño.²¹

Por su parte, Arrijoja, explica el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial pertenecientes a dos estratos socioeconómicos. La muestra fue de 255 pacientes pertenecientes al estrato Medio (190 pacientes de la clínica de los servicios médicos UANL) y 65 pacientes de estrato Bajo (de la unidad médico familiar número 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social). Los resultados de este estudio permitieron verificar la relación entre los indicadores de los conceptos, factores personales biológicos psicológicos y socioculturales, autoeficacia percibida, apoyo social y conducta promotora de salud. Las variables sexo, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico y la percepción del estado de salud afectaron significativamente el estilo de vida (responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés, no consumo de alcohol y no consumo de tabaco) del paciente con hipertensión arterial.²²

En el estudio de Cruz, se describen los factores ambientales, cognitivos, económicos y sociales que influyen para que el paciente con hipertensión no modifique sus estilos de vida. En una población de 92 pacientes se encontró el predominio del sexo femenino (70.7%), la edad osciló entre 51 y 60 años (29.3%), y el 85% conocen los cuidados que deben tener. Sin embargo, el 50% desconocen la importancia de llevarlos a cabo, observándose que los estilos de vida con más riesgo fueron: responsabilidad en salud, manejo del estrés y ejercicio. Por lo tanto,

²¹ MONTEIRO, Op. cit., p. 1-8.

²² ARRIOJA MORALES, Graciela, ALONSO CASTILLO, Magdalena. Estilo de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial. *Revista Salud Pública y Nutrición: RESPYN* [En línea] 2001 Edición especial nº 4. [citado 10 Agosto 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistemica_cis2001-1.html>.

los estilos de vida se pueden ver influidos por factores externos que impiden seguir un régimen de equilibrio adecuado.²³

En el artículo de Villegas y Jiménez, se estableció la asociación entre déficit de autocuidado y desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial, encontrándose que de 200 individuos entre 24 y 80 años de edad, hipertensos y no hipertensos, el 51% de los hipertensos tiene autocuidado y 51% conoce las complicaciones de la hipertensión arterial. De los no hipertensos, 25% tiene autocuidado y 45% conoce las complicaciones de la Hipertensión Arterial. Concluyéndose de esta forma que el déficit del autocuidado se debe a la adopción de estilos de vida poco saludables y que la prevención primaria debe estar orientada a modificar los factores de riesgo, como la obesidad y el sedentarismo, en toda la población, con mayor énfasis en niños y jóvenes.²⁴

Siguiendo con el autocuidado, el artículo de Rivera, describe la capacidad de la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo. Con una muestra de 90 pacientes hospitalizados y a través de la información recopilada de la Escala Apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado “ASA”, se encontró que el 53 % de las personas tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado, en tanto que el 47 % presentó suficiente capacidad. En cuanto a los ítems de la escala “ASA” que obtuvieron los más altos puntajes, se encontró que los participantes presentaron capacidades para: Máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia

²³ CRUZ Castruita, Rosa, MUÑOZ IBARRA, José, CHAZARRETA GONZÁLES, Margarita. Factores que Influyen para que el Paciente con Hipertensión Arterial No Modifique sus Estilos de Vida. *Revista Salud Pública y Nutrición: RESPYN* [En línea] 2001 Edición especial nº 4. [citado 10 Agosto 2007]. Disponible en la World Wide Web: http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistematica_cis2001-1.html.

²⁴ VILLEGAS, Op. cit., p. 11-17.

de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida. Se concluye que el cuidado de personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.²⁵

Landeros y otros, estimaron las capacidades de autocuidado (CAC) para hipertensión arterial en 120 personas de 20 a 69 años de una comunidad rural, donde se encontró que el grupo de personas sin Hipertensión Arterial percibe sus capacidades de autocuidado (que teóricamente las habilita para mantenerse en un estado de salud aceptable), relativamente más bajo que las personas con Hipertensión Arterial. Al parecer, la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad. Una posible explicación es que las personas sin HTA, que se perciben sanos no consideran necesaria la posibilidad de desarrollar sus CAC. En este sentido, Orem refiere que el factor que más influye en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración percibida de su estado de salud.²⁶

Un trabajo de grado realizado en la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, estableció las acciones de autocuidado y las redes de apoyo con las que cuentan los adultos mayores para la prevención, control y tratamiento de la enfermedad, en 160 personas con diagnóstico de hipertensión arterial que asistían en forma regular y que tenían una antigüedad de seis años en

²⁵ RIVERA, Op. cit., p. 235-247.

²⁶ LANDEROS, Op. cit., p. 71-74.

el programa de Centro día CAFAM, Bogotá. En relación a las actividades de prevención, el 54% cumple con los hábitos alimenticios propios para su enfermedad, el 64.25% lo hacen con los hábitos tóxicos y el 59% realizan ejercicio físico con frecuencia, pudiéndose afirmar que el 61% de la población asume estilos de vida saludables relacionados con la hipertensión arterial. En cuanto a las actividades de control, el 98% realizan acciones de autocuidado encaminadas a mantener cifras tensionales acordes con la edad y para prevenir complicaciones. Respecto a las acciones y decisiones que asumen las personas de edad para el tratamiento de hipertensión arterial, el 68% realiza actividades relacionadas con el tratamiento farmacológico, el control de peso y el control médico. Se concluye que el déficit de autocuidado y las complicaciones de la hipertensión arterial están directamente relacionados con la información y adopción de estilos de vida saludables. Por lo tanto es importante que los estilos de vida benéficos para la salud se inicien desde la infancia y permanezcan. La promoción de la salud a la población en general es importante desarrollarla mediante actividades educativas y de participación social con especial énfasis en la familia, escuela, comunidad y grupos de alto riesgo para prevención, control y tratamiento de la HTA.²⁷

Un estudio, relacionado con los conocimientos, creencias y prácticas de 170 pacientes hipertensos con respecto a la adherencia terapéutica, mostró que la mayoría de los pacientes identificaron el estrés como causa de hipertensión, sin embargo, los aspectos relacionados con los estilos de vida que constituyen factores desencadenantes de esta enfermedad crónica, tienen los más altos porcentajes de desconocimiento. Esta situación demuestra insuficiencia en la información recibida. Los resultados alcanzados en relación con la amenaza o vulnerabilidad ante las complicaciones de la HTA demostraron que este grupo no tiene establecido, en sus creencias en salud, la percepción individual de riesgo tan necesaria en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que a mayor percepción

²⁷ CARDENAS, Op. cit.

de vulnerabilidad personal, se asocia un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas. La percepción de amenaza y vulnerabilidad producen una fuerza que lleva a la conducta, o sea, a emprender la acción; la efectividad de las recomendaciones de salud o terapéuticas a realizar que pudieran llevar al paciente a sentir los beneficios del tratamiento y esto depende mucho de sus creencias²⁸.

Del grupo de hipertensos encuestados, la mitad no realizaron buenas prácticas en salud. Para cambiar esta situación sería necesario modificar primero sus creencias acerca de la enfermedad, tratando de incorporar en ellos la percepción de amenaza que representa para su salud su sola presencia y lograr así que se sientan vulnerables ante las complicaciones que ella puede ocasionar, y al mismo tiempo, percibir los beneficios que pueden recibir de realizar el tratamiento de forma sistemática y no ocasionalmente. Para ello debería proporcionárseles una adecuada educación, con el fin de tener personas capaces y formadas, más que informadas, para el tratamiento que tienen que llevar por largos periodos o por toda la vida. Se concluye que la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes se debió mayormente a que no recibieron educación suficiente y adecuada y no tuvieron incorporadas creencias en salud que les permitieran modificar sus conductas o prácticas en salud.

El estudio de Do Amaral, evaluó el predominio de hipertensión informada entre los ancianos de Campinas, São Paulo, Brasil, identificando los factores relacionados, el uso de servicios de salud, el conocimiento y prácticas relacionadas con las opciones del tratamiento. La muestra constó de 426 individuos de 60 y más años de edad, donde se encontró que el predominio de hipertensión era de 51.8% (46.4% en los hombres y 55.9% en las mujeres) y era más alto en el anciano con

²⁸ GONZALES, Op. cit., p. 1-8.

menos educación (55.9%), inmigrantes de otros Estados (60.2%), y aquellos con sobrepeso u obesidad (57.2%). Los resultados indican que los servicios de salud están asegurando el acceso al cuidado médico (71.6% tienen las citas del médico regulares) y medicación (86.7% toman su medicación rutinaria), sin distinción acerca del estado socio-económico. Sin embargo, las desigualdades sociales persisten en el conocimiento y uso de otras medidas para controlar la tensión arterial, como la dieta apropiada y la actividad física, que son insuficientemente utilizadas por los estratos socio-económicos más privilegiados.²⁹

Por su parte, Teophilo, estudió los conocimientos, actitudes, y conductas relacionadas con presión arterial alta entre los adultos en una comunidad de bajo ingreso en Caucaia, Ceará, Brasil, así como factores de riesgo que influyen en actitudes conductuales (hábito de fumar, consumo del alcohol, consumo elevado de sal, consumo grasas, y falta de ejercicio físico). Con una muestra de 228 individuos a través de una entrevista estructurada, se encontró que los comportamientos y las actitudes están ligados a las emociones junto con los problemas socio-económicos. Vivir en la pobreza interfiere con la posibilidad de un cambio conductual.³⁰

El artículo de Péres, se centra en el estudio de actitudes, creencias, percepciones, pensamientos, y prácticas relacionados con la hipertensión arterial. La muestra constó de 32 pacientes hipertensos a quienes se entrevistó encontrando que la mitad (41%) no pudo definir la hipertensión. Ellos creyeron que los síntomas principales eran dolores de cabeza y dolor del cuello (18%) y las posibles consecuencias de la enfermedad eran golpe de calor y ataque cardíaco (39%). Se mencionaron los factores emocionales como uno de los principales que complican la hipertensión. Para lograr un control, el 40% indicó que son necesarios cambios en la dieta y estilo de vida, como caminar y hacer ejercicio. Con respecto a los

²⁹ AMARAL, Op. cit. p. 285-294.

³⁰ THEOPHILO, Op. cit. p. 1079-1087.

comportamientos más mencionados fueron uso de medicamentos y tratamiento por el personal de salud. Se concluyó que los aspectos psicológicos y las creencias en salud parecen interferir directamente con los conocimientos del paciente sobre la hipertensión arterial y sus prácticas de salud. Se considera importante proporcionar nuevas formas de orientación a los pacientes con hipertensión arterial.³¹

Las evidencias revisadas dejan claro que el tratamiento de la HTA depende de aspectos sociales, culturales y económicos de las personas, debido a que la actividad física, la alimentación, el manejo del estrés, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, se ven afectados por diferentes factores que impiden un régimen adecuado. Entre estos, se destacan los personales, los biológicos, psicológicos y socioculturales, la autoeficacia percibida y el apoyo social. Otro aspecto para resaltar, es la influencia del conocimiento que tienen los pacientes alrededor de la enfermedad, su definición, causas, consecuencias y forma de control en la vida cotidiana, todo lo cual hace parte del contexto social, familiar y personal que el individuo ha experimentado desde el reconocimiento de su enfermedad.

4.2 MARCO DE REFERENCIA

Considerando el autocuidado como una de las características fundamentales en Promoción de la Salud, el marco de referencia, dentro del cual se analizarán los resultados del presente trabajo, se enmarca en la relación de las creencias, conocimientos y prácticas de los individuos frente a la salud y sus opciones de autocuidado de acuerdo al contexto social. Así mismo, la relación entre Promoción de la Salud y el cuidado de enfermería.

³¹ PÉRES, Op. cit. p. 635-642.

Dar una mirada a las diferentes Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud, es importante para poder comprender y relacionarla con otros conceptos como el de autocuidado, el cual va de la mano, y es de vital importancia en el presente estudio, ya que se relaciona con las prácticas identificadas por los participantes en el presente trabajo; lo cual va a aportar modificaciones que incide en la información y educación positivamente en los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial, por lo tanto, se considera pertinente considerar el autocuidado desde la Promoción de la Salud, las creencias y comportamientos.

Promoción de la Salud y Autocuidado.

La primera conferencia internacional sobre promoción de la salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986³², tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria. Esta conferencia define Promoción de la Salud como el medio para proporcionar a los pueblos lo necesario, para mejorar su salud sin dejar de lado que estos también ejerzan un control sobre la misma. La Promoción de la Salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esta conferencia declara que las personas requieren empoderarse de su propia salud, a través de la elaboración de las políticas públicas en todos los sectores y en todos los niveles, con el objeto de tomar conciencia de sus decisiones para la salud, llevándolas a asumir la responsabilidad de su propio cuidado.

³² Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud, 17 de Noviembre de 1986. OMS, p. 367-372

Siendo la Promoción de la Salud un enfoque orientado a la salud de las personas, desde el punto de vista social, es importante que sus Programas sean aplicados de forma tal que aporten elementos para el tratamiento de la hipertensión arterial y de igual forma que permitan un empoderamiento de los individuos, en el manejo de esta enfermedad. Para ello sus elementos consideran las condiciones sociales y culturales. En este sentido, el presente trabajo de investigación aporta información sobre las características de un grupo de población para que se hagan modificaciones en relación con los vacíos encontrados y así encaminar a las personas a alcanzar un nivel óptimo de salud.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llevada a cabo del nueve al doce de noviembre de 1992³³, que se realizó con el auspicio del Ministerio de Salud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tuvo lugar en Santafé de Bogotá, proponiendo recrear la estrategia de Promoción de la Salud en América Latina, impulsando la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder, tanto a la producción como a los bienes y oportunidades, para facilitar opciones saludables. También pretende que la estrategia de Promoción de la Salud dentro del sector sea de acceso universal dentro de los servicios de atención, con el fin de modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos de autocuidado.

De otra parte la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud realizada en 1993³⁴, considera el fortalecimiento de la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar, mejorar y mantener su bienestar físico, mental, social y espiritual, en la colaboración estrecha entre el sector sanitario y otros sectores. Por lo tanto, el éxito de la Promoción de la Salud depende del compromiso que

³³ Declaración De La Conferencia Internacional De Promoción De La Salud, nueve al doce de noviembre de 1992. OMS. p. 373-377

³⁴ OMS. Carta Del Caribe Para La Promoción De La Salud, primero al cuatro de junio de 1993., p. 378-382

adquieran los gobiernos y las comunidades con miras a lograr un ambiente físico, social, económico y político saludable. Todas las actividades de desarrollo deberán tener, como hilo conductor, la necesidad de mantener y mejorar el medio ambiente en donde las personas tienen el derecho de participar en pro de su salud y por ende del compromiso con su autocuidado.

Por otro lado, la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en México en Junio de 2000³⁵, avanzó en la demostración que la Promoción de la Salud mejora la calidad de vida y la salud, dando prioridad a los programas de desarrollo local, nacional e internacional, fomentando los vínculos en los diferentes niveles de la sociedad en pro de la salud. Uno de los informes técnicos que para nuestro caso es el de el Dr. Maurice Mittelmark, Universidad de Bergen, Noruega, titulado “Promoción de la responsabilidad social en materia de salud: avances, desafíos pendientes y perspectivas”, en donde propone un camino para promover la responsabilidad social en la planificación y adopción de decisiones (la formulación de políticas sanas) en el plano comunitario considera que el compromiso con un comportamiento socialmente responsable en todos los niveles, incluyendo el comunitario, es fundamental para lograr mayor equidad en la salud. El documento concluye con un punto importante en el proceso participativo de promoción de la salud comunitaria estimulando a la población a ir más allá de los problemas individuales y a considerar programas y políticas orientadas a potencializar la capacidad individual y colectiva, controlar y mejorar las condiciones de vida y de salud dentro del marco de autocuidado.

Es claro que un objetivo fundamental de la Promoción de la Salud es, la autonomía personal mediante el autocuidado, para desarrollar y utilizar habilidades que favorezcan la salud. Por lo tanto, el autocuidado en el proceso de la promoción de la salud juega un papel importante en la restauración de la

³⁵ OMS. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud México cinco al nueve de Junio de 2000,

capacidad para tomar decisiones y hacer que las personas tengan confianza en si mismas, para que adquieran las habilidades necesarias con el fin de decidir las medidas a tomar con respecto a la propia salud, la de su familia y la comunidad. En este sentido el objetivo fundamental de la Promoción de la Salud es capacitar a la persona para asumir el control y la responsabilidad de su salud como un componente importante de su vida diaria y su autocuidado mediante actividades espontáneas y organizadas a favor de la salud.

Autocuidado y Cultura.

Dentro de la acción de autocuidado, entendiendo que cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son esenciales para la supervivencia de todo ser vivo. Es por ello que adoptar prácticas de autocuidado es una manera de controlar la hipertensión arterial, contribuyendo a promover y desarrollar prácticas que permiten mejorar la calidad de vida de las personas y de los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que la salud se mantenga, continúe y se desarrolle.

Dentro de la práctica de autocuidado, la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar la acción y luego ejecutarla para mantener la salud o prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial de las personas. En la relación autocuidado-cultura, se pueden distinguir dos premisas importantes: primera, los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales y segunda, la existencia de las paradojas comportamentales.

36

Los comportamientos arraigados a la creencia y la existencia de paradojas comportamentales, son las dos premisas que interesa tratar en las prácticas de

³⁶URIBE, Tulia Maria. El Autocuidado Y Su Papel En La Promoción De La Salud. Revista Investigación y Educación En Enfermería [En línea]. 1999, vol. 7, no. 2 [citado 18 Agosto 2007]. p. 109 – 118. Disponible en la World Wide Web: <<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>> ISSN 01205307.

autocuidado para hipertensión arterial, basados en los planteamientos de De Roux G.³⁷, quien afirma que los comportamientos están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, esto trae consigo resultados que pueden ser positivos o negativos en lo referente al manejo de las diferentes enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad que podría evitarse y controlarse dependiendo de las buenas prácticas de autocuidado que se adopten y que se puedan arraigar a un sistema de creencias que no se modifiquen tan fácilmente.

Las paradojas comportamentales son otro aspecto importante para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de autocuidado. Las paradojas comportamentales se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables. Para el caso de la hipertensión arterial, este concepto de paradoja comportamental es común dentro de las prácticas de autocuidado, pues los individuos tienen conocimiento de su enfermedad y de las prácticas más favorables para su manejo y aún sabiéndolo no las adoptan.

Los sistemas tradicionales de creencias suelen ser muy complejos pues incluyen no solamente representaciones imaginarias, sino además conocimientos acumulados, supersticiones y mitos compartidos. Los universos imaginarios constituyen el cimiento de estructuras de pensamiento, de marcos referenciales desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican las ocurrencias naturales y del diario vivir. En esos universos, los mitos tienden a ocupar un lugar preponderante como

³⁷ DE ROUX, Gustavo. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación médica y salud* [En línea]. 1994; vol. 28, no. 2 [citado 15 Agosto 2007]. p. 223-233. Disponible en la World Wide Web: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/17330.pdf>>.

instrumento explicativo de hechos y fenómenos, en ausencia de explicaciones con base científica. Los mitos son una parte real de todas las sociedades. Según Malinowski, los mitos manifiestan, exaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano³⁸.

La enfermedad es una clara experiencia y ejemplo de la aparición de mitos y creencias, y está relacionada con la falta de conocimiento y de información de la misma. Aparecen en situación de incertidumbre y se arraigan tanto que se convierten en parte de la cultura, y aunque muchas de estas creencias o mitos lleven a prácticas perjudiciales, es muy difícil deshacerse de éstas.

En la Hipertensión arterial existen mitos que muchas veces se convierten en algo perjudicial. Por ejemplo, la creencia acerca de la hipertensión de origen nervioso conlleva al mal uso de tranquilizantes “para bajar la presión”, o considerar no tener la presión elevada, porque no se presentan síntomas como dolor de cabeza, intranquilidad o insomnio; ó pensar que la presión alta es un padecimiento de todo el mundo y no preocuparse por ello; dejar la medicación por el hecho de sentirse mejor; e incluso mitos como no controlar la presión arterial hasta llegar a determinada edad.³⁹

Estos y otros mitos y creencias sólo indican la importancia de intervenir en ellos, a través de métodos que no hagan sentir incómodo al individuo, pero que a través de comunicación terapéutica se le insista en la necesidad de adquirir el conocimiento adecuado y ponerlo en práctica para mejorar la condición de su enfermedad y evitar poner en riesgo la salud del paciente.

³⁸ Ibid., p. 225

³⁹ CUESTIONES DE INTERÉS. Falsas Creencia sobre Hipertensión Arterial [citado 20 Agosto 2007] agosto de 2004. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lelha.org/club/cuestion36.htm>>

Cambiar hábitos y comportamientos arraigados en mitos es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad de los agentes de salud. La habilidad técnica y científica que posean será insuficiente. Tendrán además que estar capacitados para aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ella las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida del proceso salud-enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables.

Comportamientos nocivos con conocimientos saludables.

La salud constituye un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla no siempre representa suficiente atractivo. La gente se motiva normalmente más por la enfermedad que por la salud y tiende a considerar las enfermedades como problema únicamente cuando se siente enferma. Es de común ocurrencia encontrar situaciones en que la población identifica causas, síntomas, los ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, pero sus comportamientos y prácticas no se corresponden con ese conocimiento. En una encuesta realizada a finales de 1992 por un diario bogotano se evidenció que la mayoría de personas interrogadas sabían cómo se trasmite el SIDA, pero que una proporción importante de ellas no utilizaba condón para evitar el contagio en sus relaciones sexuales⁴⁰.

En el caso de la Hipertensión Arterial, existen muchas prácticas que son beneficiosas para tratar la enfermedad, como hacer ejercicio, comer bajo en sal y en grasas, no fumar, entre otras prácticas que, no sólo son efectivas para el tratamiento de la Hipertensión Arterial, sino para otras enfermedades de tipo

⁴⁰ Ibid., p. 226

cardiovascular e incluso para mantener un buen estado físico. Dichas prácticas son conocidas por los pacientes, pues siempre se profundizan y se recomiendan por diferentes medios, empezando desde los profesionales de la salud, pasando por medios de comunicación e incluso desde la vida escolar se sabe que son beneficiosas y no son practicadas por los pacientes.

Esta situación obliga a repensar los enfoques de educación en salud para la población, pues el sobre-énfasis que se pone habitualmente en la transmisión y circulación de saberes con la pretensión de forjar conductas en razón del conocimiento mismo, puede traducirse en malversación de esfuerzos. La Promoción de la Salud obliga a explorar y explicar los desfases y rupturas entre conocimientos, actitudes y prácticas, y a configurar propuestas de acción y capacitación comunitaria que viabilicen la armonía entre cognición y comportamiento.

Autocuidado y Promoción de la Salud en el Cuidado de Enfermería.

La función primordial de la enfermera es el cuidado de los individuos en el proceso salud-enfermedad, siendo muy importante hacer énfasis en los cuidados brindados a las poblaciones estando aún sanas, esto se logra a través de la puesta en marcha de la Promoción de la Salud, dentro de ésta la enfermera aporta elementos a los individuos para que se empoderen de su propio cuidado y así mejoren su calidad de vida a través del autocuidado.

Para conceptualizar el autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Colliere F, quien lo define como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. O sea, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo

cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.⁴¹

El modelo de promoción de la salud planteado para enfermería por Nola Pender (1941 -) en su libro *Health Promotion in Nursing Practice* (1982), permite tener una idea más amplia acerca de que promover una salud óptima sustituye a la prevención de la enfermedad. La teoría de Pender identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de comportamiento. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que, la salud, es un estado positivo de alto nivel, y como tal se asume, como objetivo hacia el cual se esfuerza el propio individuo.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. Sin embargo, la propuesta del modelo de Promoción de la Salud planteado por Nola Pender, permite tener una perspectiva amplia sobre la importancia de conservar la salud en términos de encontrarse bien o encontrarse enfermo en determinado momento, debido a que esto puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras en salud.*

⁴² Los beneficios percibidos al adoptar ciertas conductas de autocuidado en hipertensión arterial podrían permitir que los individuos se sientan más inclinados a mantener conductas promotoras de salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Desde este punto de vista es posible encontrar barreras para llevar a cabo conductas promotoras en salud para hipertensión, ya

⁴¹ COLLIERE MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993:385.

* PENDER, Nola (1941). Modelo de Promoción de la Salud. Modelos y teorías en enfermería, Cap. 33, pp.508-515. Profesora emérita de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Michigan. Realizó el modelo enfermero de promoción de la salud, basado en las teorías del comportamiento. Su línea de investigación actual se centra en el fomento de la actividad física en niñas de 10 a 14 años, mediante programas informáticos personalizados.

que la creencia del individuo sobre una actividad o una conducta puede influir notablemente en su intención de llevarla a cabo dependiendo de su apreciación de dificultad para realizarla.

La Promoción de la Salud es una herramienta que permite fomentar aspectos benéficos en la vida cotidiana de los individuos, uno de estos aspectos es el ejercicio. Un estudio realizado en Bogotá, específicamente en la Universidad Nacional, aplicó un modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física a los estudiantes de dicha Universidad, permitió afianzar una metodología de diseño de modelos en salud, al tiempo que favoreció integrar desde una perspectiva práctica, las estrategias y enfoques de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física. Según este estudio, el fomento de la actividad física, como parte de las acciones para controlar la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, causadas por el sedentarismo, implica el desarrollo de diversos modelos en los cuales las acciones de mayor impacto han sido aquellas orientadas a grupos poblacionales que se encuentran cautivos en un contexto institucional, ya sea laboral o educativo.

En general, el desarrollo de la actividad física y la salud en gran parte del mundo, se caracteriza por proponer y efectuar medidas, estrategias y políticas dirigidas a la formación de alianzas para ayudar a las comunidades y países a organizar programas culturalmente pertinentes que promuevan la actividad física y el deporte. Desde esta perspectiva, se ha sugerido que los programas de promoción de la actividad física deben dirigirse a integrarla en la vida diaria y promoverla en todos los grupos sociales, desarrollando entornos propicios que permitan el acceso a la misma, a partir de estrategias de intervención como: a) Acceso a la información (campañas comunitarias masivas y avisos en puntos estratégicos), b)

Accesos sociales y comportamentales, y c) creación de espacios y acceso a lugares para la actividad física⁴³.

En consecuencia, la Promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado para manejo de la hipertensión arterial, es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado en el control de su enfermedad. Con el fin de lograr esto, es importante conocer los aspectos sociales y culturales de las poblaciones en las que se aplican la Promoción de la Salud para lograr pertinencia, cambio y empoderamiento de sus prácticas saludables y mejorar así su estilo de vida. Este trabajo de investigación a través de su metodología muestra la importancia de la identificación de aspectos de tipo cultural y social para el reconocimiento de la población y poder a través de ello aplicar los Programas de Promoción de la Salud con un resultado positivo en la población hipertensa.

43 PRIETO RODRIGUEZ, Adriana. Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev. salud pública* [En línea]. 2003, vol. 5, no. 3 [citado 4 Septiembre 2007], p. 284-300. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0124-0064.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño para dar respuesta al interrogante planteado en el presente trabajo fue el etnográfico, dentro del cual se consideró el etnohistórico, que permite describir la realidad cultural del presente como resultado histórico de los acontecimientos del pasado. Para este estudio esta perspectiva metodológica permitió una mirada retrospectiva a las prácticas de autocuidado desarrolladas por las personas participantes con diagnóstico de hipertensión arterial, desde los conocimientos sobre la enfermedad, los recursos para afrontarla y las acciones que han implementado para cuidarse en el contexto de su vida diaria.

Para su diseño se tuvo en cuenta la etnografía desde la definición dada por Agar (1980), Hughes (1992), considerando el estudio aplicado a un grupo de personas que comparten numerosas características culturales y sociales, similares. Entonces, la etnografía se centra en la descripción de características específicas de un grupo de personas que comparten algo en común. Para el presente estudio el método etnohistórico permitió un acercamiento al grupo de interés, usuarios que compartían una característica en especial, que fue tener diagnóstico médico de hipertensión arterial y de participar en el Programa de hipertensión del servicio de consulta externa de una Institución de segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda). Adicionalmente las prácticas de autocuidado fueron entendidas desde los conocimientos, recursos y acciones, producto de la interacción social y cultural.

La etnografía tiene cuatro características significativas que son, la naturaleza holística y contextual, el carácter reflexivo, el uso de datos Emic y Etic y el producto final; siendo para el presente estudio Emic y Etic las características que representan la estrategia en la obtención de la información verídica y entendible dando respuesta al objeto de estudio. La observación, herramienta fundamental en

la investigación etnográfica, permitió un acercamiento al contexto social y cultural de la población en estudio; permitió efectividad en el registro de los datos, todo esto sin dejar de lado, la oportuna interacción y contacto directo del profesional de enfermería con las personas en las dos visitas domiciliarias, durante las cuales se realizaron dos entrevistas a cada participante.

La etnografía, con respecto al carácter reflexivo, se enmarcó dentro de la distinción que se tiene entre el concepto científico de hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado, con relación al sentido común que tiene las personas frente a estos, inmerso en los conocimientos, recursos y acciones. Los términos Emic y Etic son comunes en la etnografía y están relacionados de manera directa con el carácter reflexivo, desde la perspectiva Emic, la realidad de la persona con diagnóstico de hipertensión arterial fue uno de los puntos clave, pues permitió la descripción de manera exacta de la situación de la enfermedad y las prácticas de autocuidado. La perspectiva Etic, estuvo relacionada con la explicación científica que se le dio a la realidad estudiada sobre las prácticas de autocuidado, habiendo descrito con un poco de precisión la situación y posteriormente el comportamiento; esto permitió la diferenciación entre lo que la gente dice y lo que realmente hace. El producto final para este caso, fue entendido del análisis desde la perspectiva de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial.

La recolección y análisis de la información fue un proceso desde el inicio de la recolección de datos y continuó a lo largo de todo el proceso del estudio, cada entrevista a los participantes fue una oportunidad para profundizar los conocimientos, los recursos y las acciones o prácticas de autocuidado que implementaron las personas para manejo de su enfermedad. El propósito de este tipo de análisis, fue lograr una comprensión de las prácticas de autocuidado, los puntos comunes que dieron los participantes al estudio, y finalmente se exploró lo que es único y se interpretó el significado de los patrones que se descubrieron a lo

largo del estudio con relación a los conocimientos, recursos y acciones de autocuidado referidas.

El proceso de uso de la entrevista para el estudio fue una herramienta fundamental en el acercamiento a las personas y sus comportamientos; la entrevista fluyó con libertad, fue abierta a la expresión y respondió a la información que se pretendía indagar acerca de los conocimientos, recursos y acciones de autocuidado. El uso de la entrevista no se limitó a formular preguntas, las preguntas se hicieron cuando fueron pertinentes y se permitió la fluidez del entrevistado con respecto a las prácticas de autocuidado que habían implementado en su estilo de vida a partir de su diagnóstico de hipertensión arterial.

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

En el estudio participaron diez usuarios con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial, que asistieron al programa de hipertensión del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda) durante el período de julio-noviembre de 2008.

La selección de los participantes se hizo solicitando la colaboración voluntaria a cada uno, durante la asistencia al servicio de enfermería para control de las cifras de presión arterial y peso. La selección sólo fue posible después de lograr la aceptación y el compromiso de la comunidad estudiada⁴⁴. Es importante destacar que los únicos criterios de selección fueron: el diagnóstico médico de HTA y el interés de participar en el estudio. El tamaño de la muestra respondió al concepto de saturación*.

44 BONILLA CASTRO, Elssy, RODRIGUEZ, Penélope. Más allá del Dilema de los Métodos, La Investigación en las Ciencias Sociales, 3ra Ed. Bogotá D.C: Grupo Editorial Norma, 1999, p. 52.

*Saturación: repetitividad en la información.

5.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

La recolección de la información se realizó a través de una entrevista a profundidad (Ver anexo 2), previo a su aplicación se realizó una prueba piloto a dos personas que hacían parte del servicio de ejercicios supervisados de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá durante el período de enero-mayo de 2008, con consentimiento de la enfermera jefe del servicio de consulta externa; seguido a esto se realizaron las modificaciones pertinentes al instrumento, y se procedió a pedir la autorización a la institución hospitalaria de segundo nivel en Belén de Umbría (Risaralda), en el servicio de consulta externa para llevar a cabo la recolección de la información.

Una vez obtenida la autorización, se inició la recolección de datos, teniendo como primera instancia, el consentimiento de los participantes (Anexo 3) y el registro de sus datos personales para realizar las entrevistas en sus lugares de residencia (Anexo 1); y como segunda instancia se contactó por vía telefónica a cada uno de ellos y se concretó la fecha y hora de la primera visita. Durante esta primera visita se explicó a cada participante los aspectos relevantes del estudio y se solicitó firmar el consentimiento informado, previa lectura y aceptación del mismo. Seguido de esto se inició la entrevista, que al finalizar se reiteró la importancia de la segunda visita para complementar y verificar la información obtenida durante la primera. Cada entrevista fue gravada con previo consentimiento y luego se transcribió para su análisis.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

El estudio tuvo en cuenta los aspectos éticos conferidos por la Resolución 8430 de 1993 del hoy Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este proyecto apuntó a proteger los derechos, el bienestar y respetar la dignidad de los participantes, estipulados en el Artículo quinto de la mencionada norma; proteger la privacidad de las personas sujeto de la investigación, según el Artículo octavo; teniendo en cuenta el Artículo onceavo, esta investigación es sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención intencionada orientada a modificar las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales que participan en el estudio; el Artículo catorce que contempla el consentimiento informado por escrito que autoriza la participación voluntaria en la investigación (Anexo 3).

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El resumen y el análisis de los resultados del presente trabajo fue organizado desde los objetivos específicos propuestos, precedidos de la información general sobre los participantes. Para el resumen de la información se utilizaron cuadros y matrices que sintetizan las categorías de tipo deductivo e inductivo. Se diseñaron tres matrices que resumen los tres aspectos de autocuidado según el modelo de Helen Ericsson, considerados en el presente estudio: a) los conocimientos que tienen las personas acerca de su enfermedad, b) las acciones que llevan a cabo para el manejo de ésta y c) los recursos con los que cuentan para poder seguir recomendaciones. El anexo 4, recoge la síntesis de lo expresado por cada uno de los entrevistados y está organizado por colores, el rojo representa los conocimientos, el azul las acciones y el verde los recursos.

6.1 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS PARTICIPANTES

Esta información comprende dos aspectos. El primero, hace referencia a las características sociodemográficas de los participantes. Y el segundo, a las características clínicas relacionadas con la Hipertensión Arterial. A continuación se describe cada uno así:

Características Sociodemográficas.

En el presente estudio participaron nueve mujeres y un hombre beneficiarios del programa de hipertensión de la institución hospitalaria donde se realizó. A los participantes se les pidió la colaboración de manera individual, se informó la metodología del estudio, se indicó las necesidades de las entrevistas voluntarias a través de dos visitas domiciliarias, también se informó que las conversaciones serían grabadas con previo consentimiento informado.

En la tabla 1, se relacionan las características generales de los participantes, donde se observa que la edad varió en un amplio rango, desde 36 hasta 82 años. La Mediana fue de 47.5 años, lo que indica que la mitad de los participantes se encontraron por encima de esta edad y la otra mitad por debajo. En cuanto a la convivencia de los entrevistados, se estableció que dos viven solo con su esposo, tres con su esposo e hijos y cinco con sus hijos.

Tabla 1. Características sociodemográficas. Grupo de usuarios del servicio de consulta externa, hospital de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº
Edad	
\bar{X} =	52 ±15.9
DE=	15.9
R=	26 (36-82)
Convivencia	
Esposo	2
Esposo e hijos	3
Hijos	5
Estado Conyugal*	
Separado(a) Divorciado (a)	3
Viudo (a)	2
Casado (a)	5
Nivel Educativo Alcanzado *	
Primaria Incompleta	4
Primaria Completa	3
Bachillerato Completo	1
Técnico	2
Estratificación Socioeconómico**	
1 (Bajo-Bajo)	1
2 (Bajo)	5
3 (Medio Bajo)	4

* Clasificación según DANE. Boletín Censo General 2005, Datos Desagregados por Sexo. [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene_15_03_07.pdf>

** Clasificación según DANE. Estratificación Socioeconómica. Normatividad Ley 142 del 11 de Junio de 1994 Cáp. IV Estratificación Socioeconómica Art. 102. [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.dane.gov.co/files/dig/ley142_1994.pdf>

Fuente: Entrevistas realizadas para el proyecto Autocuidado en el manejo de hipertensión arterial, grupo de usuarios del servicio de consulta externa, hospital de segundo nivel, Belén de umbría (Risaralda), julio-noviembre 2008.

En cuanto al estado conyugal cinco son casados y los demás participantes son separados o viudos que de igual forma conviven únicamente con sus hijos. En lo referente a la escolaridad, cuatro de los participantes hicieron la primaria incompleta cursando hasta 4º grado; uno terminó el bachillerato y dos realizaron una carrera técnica que en la actualidad les da herramientas para su desempeño laboral.

Respecto a la estratificación socioeconómica, cinco de los participantes se ubicaron en el estrato bajo; uno en bajo-bajo y cuatro en medio-bajo. En lo referente a la ocupación seis de los participantes se dedica a los oficios del hogar y las personas restantes trabajan. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, seis de los participantes son beneficiarios del régimen subsidiado y cuatro pertenecen al régimen contributivo.

Características clínicas relacionadas con hipertensión arterial.

Las características consideradas fueron, el tiempo de diagnóstico de la HTA, los síntomas experimentados antes del mismo, las cifras de presión arterial, el Índice de Masa Corporal (IMC) y el tratamiento farmacológico al momento de la entrevista. Los anteriores datos se recopilaron en la primera entrevista, y se corroboraron en la segunda entrevista. Así mismo, las cifras de presión arterial se registraron en el carné de control, que es un documento importante en esta comunidad ya que demuestra la asistencia y el interés por los controles de la HTA. En la tabla 2, se relacionan las características clínicas relacionadas con la hipertensión arterial:

Tabla 2. Aspectos clínicos de la hipertensión arterial. Grupo de usuarios del servicio de consulta externa, hospital de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.

ASPECTOS CLÍNICOS DE HTA	Nº
Tiempo de Diagnóstico en años	
\bar{X} =	11 ± 9.24
DE=	9.24
R=	29.5 (1.5-31)
Presión Arterial (mmHg)	
<i>Sistólica</i>	
\bar{X} =	129 ± 10.45
DE=	10.45
R=	23 (120-143)
<i>Diastólica</i>	
\bar{X} =	82 ± 8.30
DE=	8.30
R=	30 (70-100)
IMC*	
Peso Insuficiente	1
Normopeso	5
Sobrepeso grado I	2
Sobrepeso grado II (preobesidad)	2
Tratamiento Farmacológico	
Hidroclorotiazida (Diurético)	6
Verapamilo (Antagonista del calcio)	4
Enalapril (inhibidor de la IECA)	2
Metoprolol (Betabloqueante)	4
Síntomas de Inicio **	
Ninguno	6
Cefalea	2
Dolor precordial	1
Vértigo	2
Otros:	3

*Clasificación según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad-SEEDO-. [Citado 23 Septiembre 2008]
 Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seedo.es/Obesidadysalud/CáculodelIMC/tabid/177/Default.aspx>>

** Cabe destacar que un participante presentó más de un síntoma.

Fuente: Entrevistas realizadas para el proyecto Autocuidado en el manejo de hipertensión arterial, grupo de usuarios del servicio de consulta externa, hospital de segundo nivel, Belén de umbría (Risaralda), julio-noviembre 2008.

El promedio de tiempo con diagnóstico de HTA, en años fue de once, es decir, que el tiempo de diagnóstico gira alrededor de este valor. Cabe destacar que la edad de ocho de los participantes al momento de diagnóstico, tuvo una mediana de 32 años, es decir, que a cuatro de los participantes le diagnosticaron la enfermedad cuando tenían por encima de esta edad y a cuatro por debajo. Dos de los participantes restantes no se incluyeron por años de diagnóstico, ya que solo hace tres meses recibieron el diagnóstico médico. Ahora bien, el participante con más tiempo de diagnóstico es de sexo masculino de 63 años de edad quien sufre la enfermedad hace más de 31 años, es decir que el diagnóstico se realizó cuando tenía 32 años; y la participante de menor edad tiene 36 años, a quien hace aproximadamente 13 años le diagnosticaron la enfermedad, es decir, cuando tenía 23 años.

La presencia de la enfermedad desde temprana edad hace pensar que esta relacionada con el nivel de estrés de la vida cotidiana. En este sentido, un estudio publicado en *Pediatrics*, la revista científica de la Academia Americana de Pediatría, indica que en Estados Unidos, un 4,5% de los adolescentes en edad escolar padece hipertensión⁴⁵; y según la OMS 1.000 millones de individuos sufrirán la enfermedad en el 2025. Igualmente Gómez identificó que en Ecuador cada vez hay más adultos jóvenes que la padecen⁴⁶.

⁴⁵SOUSA DIAS, Gisele. Uno de cada 20 adolescentes argentinos sufre hipertensión. *Clarín.com* [En línea]. Mayo 2008 [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://209.85.165.104/search?q=cache:5e1OsGWfQXMJ:www.clarin.com/diario/2008/05/05/sociedad/s-02615.htm+a+mas+temprana+edad+se+sufre+la+hipertension&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co>>.

⁴⁶GOMEZ N., Virginia. Los jóvenes también sufren hipertensión. *Expreso.ec*. Guayaquil. Semana [En línea]. [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.expreso.ec/SEMANA/html/notas.asp?codigo=20070923164341>>.

En cuanto a los niveles de presión arterial, el promedio de la sistólica fue de 129 mmHg y la diastólica de 82 mmHg, estos valores se encuentran dentro de los rangos considerados normales, según la Sociedad Española de Hipertensión⁴⁷. La Mediana para la presión sistólica fue de 130 mmHg, lo que indica que la mitad de los participantes tienen una presión sistólica por encima de este valor y la otra mitad por debajo de éste. Respecto a la presión diastólica la Mediana fue de 80 mmHg, indicando que la mitad de los participantes tienen una presión diastólica por encima de este valor y la otra mitad por debajo de ese valor.

Según la literatura, existe un riesgo cardiovascular bajo, sin embargo, existe un riesgo absoluto de presentar un episodio cardiovascular en el plazo de 10 años debido a la dependencia notable de la edad, en los participantes jóvenes, el riesgo cardiovascular total absoluto puede ser bajo incluso en una presión arterial elevada con otros factores de riesgo. No obstante, si no se trata la HTA puede dar lugar a una situación de riesgo alto parcialmente irreversible años más tarde⁴⁸. Con respecto al Índice de Masa Corporal, se encontró que una de los participantes cuenta con un peso insuficiente a su edad; cinco presentan peso normal y dos se encuentran en sobrepeso °1 y dos en sobrepeso °2.

Dentro del tratamiento farmacológico se identificaron cuatro medicamentos utilizados por los participantes; el más frecuente según orden médica fue la Hidroclorotiazida y el menos formulado el Enalapril. En la mayoría de los participantes además de los fármacos antihipertensivos se les prescribe el Acido Acetilsalicílico- ASA, en lo referente, un estudio aconseja su consumo en la terapia de la presión arterial, ya que al tomar una mínima dosis de aspirina (75 miligramos) cada día se obtiene un beneficio añadido inesperado; esa dosis de

⁴⁷ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, Journal of Hypertension [En línea]. 2007, vol. 25, no.6 Guía [citado 1 Octubre 2008] ⁴⁷. p. 1109. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>>.

⁴⁸ Ibid., p.1111

ASA, cuando se da a enfermos hipertensos tratados con fármacos hipotensores efectivos, disminuye, además, en un 35% el riesgo de sufrir un infarto de miocardio⁴⁹. En cuanto a los efectos adversos producidos por los medicamentos ninguno de los participantes reportó efecto alguno.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, todos los participantes utilizan además de su tratamiento la medicina alternativa, esta práctica la consideran como parte del tratamiento no farmacológico para manejo de síntomas de la enfermedad, aspecto que se profundizó en las prácticas de autocuidado relacionadas más adelante.

Finalmente, en cuanto a síntomas de inicio se indagó su presencia antes del diagnóstico médico; encontrando que seis participantes no tuvieron síntomas que presidieran el diagnóstico, sino que éste ocurrió en una visita a control médico de rutina o por consulta de otro motivo. Las cuatro participantes restantes, presentaron síntomas como cefalea, vértigo, dolor precordial, “caloradas” es decir oleadas de calor y enrojecimiento en cara o cuello, alteración en la vista y tinnitus. Al indagar por los síntomas después del diagnóstico, se encontró que la cefalea y el vértigo son los síntomas más comunes que aun persisten.

⁴⁹ SERNA., Jose. Aspirina para hipertensos: Salud y Medicina. *Elmundo.es*. España. No. 299 [En línea]. (18,06,1998). [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://209.85.165.104/search?q=cache:r6HPLsd9DEEJ:www.elmundo.es/salud/299/18N0045.html+acido+acetil+salicilico-hipertension&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co>>.

6.2 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las prácticas de autocuidado relatadas por los participantes para el manejo de la hipertensión arterial fueron interpretadas para efectos de este estudio, desde los tres aspectos considerados en el modelo de Helen Erickson⁵⁰, así: a) conocimientos, centrados en la información que los participantes tienen a partir del diagnóstico de la enfermedad, sus causas, las consecuencias y las características de las personas con riesgo de adquirirla. b) acciones o prácticas que realizan para el manejo de la enfermedad en términos del tratamiento farmacológico y no farmacológico. c) y los recursos relacionados con el apoyo social y económico para el cuidado de la HTA, entendido como la participación de la familia en el cuidado y la disposición de dinero para sufragar los gastos que implica la enfermedad.

Por lo tanto, la presentación y síntesis de la información se estructuró alrededor de los tres aspectos mencionados, categorías inductivas y deductivas, interpretadas desde la perspectiva de los entrevistados o visión “Emic” y la perspectiva del conocimiento científico o visión “Etic” respectivamente.

La visión “Etic”, es representada en el primer nivel de categorización deductiva, que a su vez deriva las variables contenidas en la hipótesis de investigación y del problema bajo estudio; las cuales pueden identificarse en las matrices, en donde se agruparon respuestas similares de los diez entrevistados generando así subgrupos de las mismas, para finalmente dar origen a la visión “Emic” denominada categoría inductiva que refleja una visión totalizante de la situación estudiada, es decir, refleja el marco de referencia cultural del grupo estudiado, y

⁵⁰ ERICKSON. Helen, TOMLIN, Evelyn M, SWAIN, Mary Ann P. Los modelos y modelados de roles. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed., Elsevier Science. p. 452.

en particular describe de manera exacta la situación de la enfermedad y las prácticas de autocuidado para manejo de la hipertensión arterial.

6.2.1 Conocimientos sobre hipertensión arterial

Los conocimientos estuvieron centrados en la información que los participantes tienen de la enfermedad a partir del diagnóstico, la síntesis de lo expresado se organizó en cuatro categorías deductivas y los correspondientes subgrupos de categorías; en la matriz 1 se sintetizan las proposiciones correspondientes tanto a la categoría deductiva como inductiva en el nivel de conocimientos sobre HTA.

Matriz 1. Conocimientos de la Hipertensión arterial: categorías deductivas e inductivas, grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORÍA INDUCTIVA
Concepto de HTA	<ul style="list-style-type: none"> - Es cuando la presión esta elevada, cuando esta sobre los limites normales <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Yo tengo entendido que es como cuando las venas se van obstruyendo, se van tapando (...) a la sangre le da como dificultad circular ¡me imagino yo! - Es un enemigo peligroso que depende de cómo yo me cuide (...) puedo vivir (...) - La verdad yo no se (...) que es muy peligroso, que es grave para las personas y que es del corazón. - Se que se cierran las venas, ya no corre la sangre normal, si no que las venas se van cerrando. - Que se empiezan como a tapar las venas (...), que como que la circulación de la sangre no es normal. - Pues es la subida de tensión (...) creo que es a la 	<p>Definición del concepto</p> <p style="text-align: center;">De HTA</p> <hr/> <p>Conocimiento asociado con el daño que produce la HTA</p>

	<p>sangre, que no funciona bien el corazón. - Que se le engruesa la sangre a uno (...) - Es por la mala circulación (...)</p> <hr/> <p>-La verdad yo no se</p>	Desconocimiento del concepto
Causas de la HTA	<p>- Me empezó a mí en los últimos meses de embarazo y ahí me diagnosticaron preeclampsia y ya tuve la niña y ya fui hipertensa - Fue a partir de la infección urinaria que se me disparó la tensión - Yo digo que sería por la gripa (...) ¡tan fuerte que me cayó!, siempre que iba al hospital enferma, ¡tenía la presión arterial.</p>	Causas por un evento específico
	<p>- Los problemas y mi hijo perdido...porque lo he buscado y no se nada de el (...) - Yo creo que fue el estrés, los nervios y muchas preocupaciones por la separación con mi esposo. - Para esa época me preocupaba por hacer muy bien mi trabajo (...) ya tenía la hipertensión y yo creo que ahí se me alboroto.</p>	Manejo de situaciones difíciles
	<p>- El comer salado, no hacer ejercicio, eso fue lo que me dijo el medico. Exagerar en dulce y en sal - - Que todas las hijas sufren de la presión alta y fumaba (...) ah y la comida. - Según un internista fue por la herencia, por familia</p>	Factores modificables y no modificables
Consecuencias de la HTA	<p>- Sinceramente no se (...) ¡No se que me desencadeno esa vaina! - Las causas no le se decir (...) se me olvido</p>	Desconocimiento de su causa
	<p>- Infartos o preinfartos, pérdida del oído, perdida de la visión, dificultad para respirar. (...) perjudica el sistema respiratorio y el sistema circulatorio - Un infarto, una trombosis (...) que uno quede boquitorcido que no pueda hablar. - El medico me ha dicho que uno queda todo torcido - Afecta muchos órganos, daña a los ojos, al corazón el riñón (...) - Derrame o otras cosas que pueden pasar. - Un infarto, puede ser - Infarto por no seguir las indicaciones - Pues como siempre hemos escuchado, lo conlleva a un ataque cardiaco o a un (...) mm (...) derrame - Uno esta propenso a que le de un derrame cerebral (...) o eso que le llaman trombosis (...) o de pronto un infarto al corazón, porque es lo mas probable - Trombosis, infarto (...) algo así, sufrir del corazón.</p>	Daño en órganos vitales

Personas con riesgo de adquirir la HTA	<ul style="list-style-type: none"> - las personas robustas, que no caminan ni hacen ejercicio (...) también el estrés - El sedentarismo, la alimentación inadecuada, el estrés. - Las personas que no se toman las pastas como las manda el medico (...) no se cuidan en las comidas, mucha sal. - ¡las personas me imagino yo que viven con mayor preocupación!!! “en un medio ambiente de aceleración” - Yo creo que el aumento de peso, o personas que vivimos estresadas, con muchos problemas (...) eso es lo mas primordial 	Personas en riesgo con factores modificables
	<ul style="list-style-type: none"> - Eso es mas que todo hereditario - Eso es por herencia - Yo por herencia, porque mi mama hace muchos días sufre de la presión alta. 	Personas en riesgo de tener HTA con factores no modificables
	<ul style="list-style-type: none"> - Jmm, no se - No se (...) 	Desconocimiento de las personas en riesgo de tener HTA

Concepto

Para el concepto de HTA se definieron tres categorías inductivas. La primera, “definición del concepto”, uno de los participantes se ubicó en esta categoría ya que se acercó a la definición científica de HTA; Según la doctora Nieves Martel, coordinadora del Club del Hipertenso de la Sociedad Española de Hipertensión es la “elevación de la presión arterial cuando el paciente presenta tensión arterial sistólica o máxima, igual o superior a 140, y diastólica o mínima, igual o superior a

90 mmHg".⁵¹ Los participantes restantes se ubican en las siguientes dos categorías. A continuación se ilustra la expresión del participante en mención:

E4: *“Es cuando la presión está elevada, cuando está sobre los límites normales”*

Respecto a la definición de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud - OMS, afirma que es “un trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que en última instancia causa aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados”, esta es una enfermedad crónico degenerativa que aqueja a la vida moderna, y que por ende inicia generalmente en la edad productiva, acorta la esperanza de vida e incrementa el riesgo de una calidad de vida inestable⁵². Es decir, mientras más elevada es la presión arterial, la esperanza de vida se reduce en forma significativa, independientemente de la edad y el sexo.

Para la segunda categoría inductiva, “conocimiento asociado con el daño que produce la enfermedad”, ocho participantes asociaron la definición de HTA con el daño circulatorio ocasionado. La siguiente expresión ilustra esta concepción de la enfermedad:

E1: *“Yo tengo entendido (...) que es como cuando las venas se van obstruyendo, se van tapando (...) a la sangre le da como dificultad circular ¡me imagino yo!”*

⁵¹ Hipertensión arterial, un trastorno cardiovascular, [En línea].2008, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.saludhogar.com/salud/enfermedades/?pagina=salud_enfermedades_010_010>

⁵² HERNÁNDEZ, Hernández MA. Hipertensión Arterial Sistémica. Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar [En línea]. 2003, [Citado 22 Agosto 2008] Disponible en la World Wide Web: <<http://74.125.95.104/search?q=cache:PRZN8hQhBRsJ:www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.html+OMS+define+hipertension+arterial&hl=es&ct=clnk&cd=7&gl=co>>

Por su parte, la tercera categoría “desconocimiento de la definición”, fue expresada por uno de los participantes, quien manifestó interés por adquirir información al respecto; por lo cual se hizo educación y aclaración correspondiente sobre este aspecto y diferentes cuestionamientos que le surgieron durante la entrevista. A continuación se ilustra la expresión de este participante sobre esta categoría:

E5: *“La verdad yo no se”*

Causas

En cuanto a las causas de la enfermedad, se establecieron cuatro categorías inductivas. (Véase matriz 1). En la primera categoría, denominada “causa por un evento específico”, coincidieron tres participantes que atribuyen la aparición de la enfermedad a una situación particular desencadenante. La siguiente expresión ilustra esta categoría:

E7: *“Yo digo que sería por la gripa (...) ¡tan fuerte que me cayo!, siempre que iba al hospital enferma, ¡tenía la presión alta!”*

La situación de enfermedad atribuida por los tres participantes, se puede explicar por la naturaleza de la enfermedad, ya que está se presenta de manera silenciosa y en muchos casos no produce síntomas perceptibles⁵³, es decir, que el diagnóstico ocurrió de manera incidental en el control médico. Por ejemplo, una persona le dio explicación a la causa de HTA a una Infección urinaria que le fue diagnosticada en la misma consulta en la que tuvo el diagnóstico médico de HTA, evento secundario a la enfermedad. Este hallazgo coincide con la literatura

⁵³ PRICE ROMERO, Yocelyn. La hipertensión, una enfermedad silenciosa. *Huellas digitales* [En línea]. Agosto 2006, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.huellasdigitales.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1509&Itemid=2>

científica, que refiere que la hipertensión tiene múltiples causas, unas de origen esencial y otras secundarias a enfermedades renales, endocrinas y vasculares, y donde también la infección urinaria avanzada puede provocar y acelerar la enfermedad de manera silenciosa⁵⁴. A continuación se ilustra la expresión de la participante frente a la causa:

E9: “Fue a partir de la infección urinaria que se me disparo la tensión”.

La asociación anterior de la causa de la HTA, que le da la participante, coincide potencialmente con la condición clínica subyacente que realmente se agrava con ascensos discretos de la presión arterial⁵⁵.

La tercera participante de 36 años de edad, atribuyó la causa de su enfermedad a preeclampsia de su primer embarazo, esta situación es una condición clínica que puede aparecer de manera gradual o repentina, pero que generalmente desaparece después del embarazo. En caso contrario se estaría ante una situación de hipertensión crónica⁵⁶. Explicación científica que se da al padecimiento de la HTA, de esta participante quien tiene HTA desde hace trece años. Cabe resaltar que a pesar de su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (Hidroclorotiazida, metoprolol y verapamilo, una diaria) persiste con niveles elevados de la presión sistólica (140 mmHg). A continuación se ilustra la expresión de la participante:

⁵⁴ PERIZ A., Lola. Y SANMARTIN F., Enriqueta. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. *España: Elsevier Masson*, 2ª edición, [En línea]. 2001, Cap. No 2, 20 p.. ISBN 8445810820, 9788445810828. [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://books.google.com.co/books?id=AveCC56EHx4C&pg=PA20&lpg=PA20&dq=hipertension+y+infeccion+urinaria&source=web&ots=v3jYlrcGmk&sig=wJqzdp0j2nG6v57GXlqbc8U6ks4&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=2&ct=result#PPA21,M1>

⁵⁵ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1st Ed. Santiago de Chile: *Minsal*, [En línea]. 2005, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hipertension_arterial_chile_2005.pdf>

⁵⁶ BEANS., Bruce. Embarazo e hipertensión. *Overlake Hospital Medical Center*, [En línea]. 2003, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.overlakehospital.staywellknowledgebase.com/Spanish/RelatedItems/2,956?PrinterFriendly=true>>

E1: *“Me empezó a mi en los últimos meses de embarazo y ahí me diagnosticaron preeclampsia y ya tuve la niña y ya fui hipertensa”*

La segunda categoría inductiva, en la que se ubican tres de los participantes correspondió a “manejo de situaciones difíciles”, quienes refieren que *“problemas y preocupaciones”*, son las situaciones que han desencadenado la enfermedad; según la literatura, esta situación puede desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial, pero no se puede afirmar, al día de hoy y con carácter general, que la hiper-reatividad al estrés en situaciones puntuales permita predecir el desarrollo futuro de la enfermedad.⁵⁷

La tercera categoría inductiva para causa de la enfermedad se denominó “factores modificables y no modificables”, encontrando que dos de los participantes le atribuyeron la enfermedad a antecedentes familiares, factor no modificable, ya que los niveles de presión arterial se correlacionan entre los miembros de la familia, un hecho atribuible a unas bases genéticas comunes, ambiente compartido, o hábitos del estilo de vida. La presión arterial alta parece ser un rasgo complejo que no sigue las reglas mendelinas clásicas de la herencia, atribuibles a un solo locus genético; actualmente existen raras excepciones documentadas de formas de hipertensión, como aquellas relacionadas con una sola mutación que comprende un gen quimérico de la 11-beta-hidroxilasa/aldosteronasintetasa⁵⁸. A continuación se ilustra la expresión de un participante frente a herencia como causa de la enfermedad:

E4: *“Según un internista eso fue por la herencia, por familia”*

⁵⁷ GUIA EUROPEA DE MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. Estrés e Hipertension: *cuestiones de interés*. [En línea]. Diciembre 2004,[citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lilha.org/club/cuestion40.htm>>

⁵⁸ Revista Colombiana de Cardiología. Informe del Sexto Comité Nacional Conjunto Sobre la Prevención, Detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial.. Bogotá, Volumen 6, Suplemento 1 (Agosto 1998); p. 212.

El otro participante consideró que, además del componente hereditario, el estilo de vida como alimentación y malos hábitos, son la causa del desarrollo de la enfermedad. Al respecto, la literatura científica revela que el componente hereditario tiene relación directa con el diagnóstico de hipertensión arterial o el fallecimiento por complicaciones de la misma⁵⁹. Mientras que diversos estudios epidemiológicos apuntan a que, la inadecuada alimentación es un factor que contribuye a la elevación de la presión arterial y la prevalencia de la enfermedad, sumado a estilos de vida inadecuados. Para la situación del participante que refirió además de la herencia estilos de vida inadecuados, considera que el hábito de fumar que había practicado desde que tenía 25 años influyó en la HTA, condición que según la literatura, provoca una elevación brusca de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, que persiste durante más de 15 minutos después de fumar un cigarrillo.⁶⁰ A continuación se ilustra la afirmación.

E5: “*Que todas las hijas sufren de la presión alta y fumaba (...) ah y la comida*”

Cabe destacar que los factores modificables como los no modificables causantes de la enfermedad mencionados por los participantes coincidieron con la literatura científica. Por su parte, dos entrevistados no expresaron conocimientos de la causa de HTA. A continuación se ilustran dos afirmaciones:

E10: “*Sinceramente no se (...) ¡No se que me desencadeno esa vaina!*”

E3: *Las causas no le se decir (...) se me olvido*

⁵⁹ COPANI., Jorge. Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*. [En línea]. 1997, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_04/04_06.htm >

⁶⁰ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN- LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, *Journal of Hypertension* [En línea]. 2007, vol. 25, no.6 [citado 22 Agosto 2008]. p. 1142. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>>.

Consecuencias

En cuanto a las consecuencias de la enfermedad, todos los participantes coincidieron en señalar que las consecuencias más graves de la HTA son el infarto, la trombosis, derrame cerebral; afecciones en visión, sistema respiratorio, sistema renal. En este sentido, la literatura refiere que paradójicamente el cerebro, el corazón, los pulmones y el riñón, son los órganos susceptibles al daño vascular producido por la HTA.⁶¹

En este sentido, la epidemiología de la enfermedad es un punto importante para considerar. En cuanto a las consecuencias de la HTA, se ha observado mayor mortalidad e incidencia de complicaciones, por ejemplo, en el mundo se estima que aproximadamente 691 millones de personas la padecen, de éstos, 15 millones de muertes son causados por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica⁶². Por ejemplo, cuando se indagó por las consecuencias de la enfermedad uno de los participantes manifestó lo siguiente:

E9: *“Uno esta propenso a que le de un derrame cerebral (...) o eso que le llaman trombosis (...) o de pronto un infarto al corazón, porque es lo mas probable”*

⁶¹ HARRISON., et al. Enfermedades del Aparato Cardiovascular. En: Principios de Medicina Interna:Parte VIII, Edición 16°, Vol. II. Chile (2006); p. 1622-1623. Mc Graw Hill, ISBN 970-105167-X.

⁶²PEREZ DE ARMAS, Alina. La dimensión sociocultural de la hipertensión arterial. [En línea].2001, [citado 23 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:mY7DudzaO2gJ:cencomed.sld.cu/hta2006/trabajoshta2002/ladimen.doc+desconocimiento+cultural+de+las+consecuencias+de+la+hipertension&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&client=firefox-a>>

Personas con riesgo de adquirir hipertensión arterial

En esta categoría deductiva se establecieron tres inductivas: la primera, “factores que pueden ser modificados por la persona”, en la cual cinco de los participantes hicieron referencia a los estilos de vida inadecuado como “*el sedentarismo*”, “*alimentación inadecuada*”, “*no hacer ejercicio*”, “*mantener preocupaciones*”, pero que si se toman medidas preventivas a tiempo, estos factores pueden ayudar a manejar la HTA. Oviedo, en su artículo refiere que la modificación en el estilo de vida, disminuye no sólo los factores de riesgo, si no también el riesgo de afecciones clínicas como la diabetes y dislipidemia. Adicionalmente, puede reducir el número y dosis de los medicamentos para control de la hipertensión⁶³.

La Guía Española de 2007 para manejo de la HTA, señaló que la falta de forma física y sedentarismo es un factor predictivo importante de mortalidad de origen cardiovascular, independiente de la presión arterial y otros factores de riesgo. Es por ello, que el tipo de ejercicio debe ser moderado y no intensivo, como el levantamiento de pesas, ya que puede tener un efecto vasopresor pronunciado, ocasionando probablemente una mortalidad precoz por sobre-esfuerzo.⁶⁴

Por otro lado, uno de los participantes le atribuyó el riesgo de sufrir la enfermedad al estrés, agente que en los últimos años, evidencias científicas y estudios prospectivos han proporcionado elementos de soporte que permiten considerar al estrés como uno de los factores de riesgo que aún es de anécdota médica y de difícil cuantificación⁶⁵.

⁶³ OVIEDO, MMA, *et al.* Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Revista Medica*. [En línea]. 2003; 41 (Supl 1):15-26, [citado 23 Agosto 2008]. p S19. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2003/e-ims03-1/em-ims031c.htm>>

⁶⁴ GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1144

⁶⁵ *Ibid.*, p S20.

Existen factores que no pueden ser modificados por la persona y que están considerados dentro de la segunda categoría inductiva, “personas en riesgo con factores no modificables” en la cual tres participantes hicieron referencia a la herencia y a la edad, factores que ya habían sido mencionados como causas de la enfermedad. A continuación se ilustra una de las expresiones:

E6:“*Por herencia, porque mi mamá hace, muchos días sufre de la presión alta*”

Tanto los factores de riesgo modificables, que pueden ser evitados, disminuidos o eliminados; como los no modificables, que son inherentes al individuo (sexo, edad, raza, y herencia) mencionados por los participantes coincidieron con la literatura científica. Por su parte, dos entrevistados no tienen conocimiento sobre la herencia como factor predisponente de la HTA. Las siguientes son dos expresiones que ilustran esta situación:

E5:“*Jmm, no se*”

E6:“*No se (...)*”

Finalmente, dada la naturaleza de la información y la percepción de los participantes frente a la enfermedad, se pudo apreciar que el impacto de padecerla, ha permitido que no la subestimen y que por ende conozcan sobre la misma, no necesariamente los conocimientos que sabe un médico pero si los suficientes para tener una actitud favorable en el manejo de la enfermedad. En este sentido, la mayoría de los participantes en diferente orden tuvieron conocimiento de la causa, consecuencia y factores de riesgo para sufrir la enfermedad.

De manera que los programas educativos y la información suministrada por el personal de salud pueden tener impacto en esta población si es realizada, teniendo en cuenta sus condiciones culturales. Sin embargo, el participante de sexo masculino, con aproximadamente treinta y un años de diagnóstico de HTA, quien nunca se preocupó por saber la causa de su enfermedad, ni tampoco identificó los factores de riesgo para adquirirla. La siguiente expresión ilustra esta afirmación.

*E10: “Sinceramente no se (...) ¡No se que me desencadenó esa vaina!”,
“¡Uno como no le para muchas bolas a lo que siente!, ni tampoco se toma
uno la droga con juicio.”*

Esta situación refleja un valor cultural en el sentido que no es necesario indagar en el cuerpo, lo cual contrasta con la condición de la sociedad actual, ya que se percibe que el problema es ajeno a la realidad, pero sin embargo, es una situación que es tan real como cierta; éste es un factor de vital importancia en el empoderamiento y la adquisición de estilos de vida saludables que por ende, podrán prevenir precozmente las consecuencias.

6.2.2 Acciones Frente a la Hipertensión Arterial

Las acciones hicieron referencia a las modificaciones en los estilos de vida sobre alimentación, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo y consumo de café), manejo de estrés, actividad y ejercicio; junto con adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y control de la enfermedad (Véase matriz 2).

	<p>- Ahora yo trato de relajarme mucho, porque antes si yo no hacia los oficios ¡mejor dicho!</p> <p>- Me retire de trabajar allá, para evitar el ajeteo (...) y estabilizarme un poquito.</p> <p>- cuando tengo mucho trabajo, trato de manejarlo y relajarme.</p> <p>- Le pido mucho a mi Dios para olvidar la separación con mi esposo.</p>	<p>Acciones para controlar situaciones difíciles</p>
<p>Actividad y ejercicio</p>	<p>- Por lo regular la bicicleta, salgo casi todos los días un ratico ¡eso si es sagrado para mi!, y las caminatas por ahí cada ocho días.</p> <p>- Yo camino mucho todos los días, haciendo las vueltas para pagar el agua, a misa y así por todo el pueblo.</p> <p>- Salgo a caminar, que media hora o una horita (...)</p> <p>- Empecé a hacer ejercicio, montar bicicleta (...) aunque ahora muy poco.</p> <p>- Voy hace como 8 años todos los viernes a los ejercicios con Estelita al hospital.</p> <p>- En el hospital con la terapeuta "Estelita", ejercicio cada ocho días, ejercicios de estiramiento y relajación para el estrés</p> <p>- Yo no me pierdo la gimnasia con Estela, hace cinco años voy a los ejercicios cada ocho días</p> <p>- Lo que recomienda el medico (...) caminar, salgo por ahí y camino por el pueblo</p> <p>- Después de que me diagnosticaron esta enfermedad "me he aplicado a caminar y trotar un poquito, pero no todos los días.</p> <p>- Monto bicicleta (...) jaja (...) por ahí cada año</p>	<p>Tiempo de ejercicio</p>
<p><u>Tratamiento y control de la HTA</u></p> <p>Adherencia al tratamiento farmacológico</p>	<p>- Al principio tomarme la pasta fue con una dificultad impresionante, porque uno adaptarse a tantos medicamentos es tenaz.</p> <p>- No me gusta dejarlas por ahí, las dejo a la vista para que no se me olviden</p> <p>-Me tomo la droga a su debido tiempo (...) no la suspendo</p> <p>- Para mi personalmente (...) me es obligatorio cumplir con los medicamentos</p> <p>- Eso si, diariamente me las tomo, cumplida y con juicio, al principio fue difícil, pero ya me acostumbre</p> <p>- Me tomo la droga, tal y como la ordenan</p> <p>-Las pastas siempre se me olvidan y me las tomo cuando me acuerdo.</p>	<p>Cumplimiento en el consumo de los medicamentos</p>
	<p>- A penas siento mucho calor en la cara y dolor de cabeza fuerte, como martillazo, me tomo una pastica para el dolor de cabeza y si me resulta</p> <p>- Cuando siento como borracheras, inmediatamente me tomo la pasta de la presión (...) porque eso es señas de que la presión esta alta.</p> <p>- No, solamente el manejo ha sido la droga, porque es lo que el medico le aconseja a uno.</p>	<p>Acciones farmacológicas</p>

<p>Manejo de síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La remolacha, ¡bueno! para controlar la presión y que en 24 horas se notaba el cambio, cuando siento malquera me tomo la remolacha y si funciona (...) Obviamente sigo con los medicamentos porque uno nunca sabe. - Eso si yo cocino plátano verde y me tomo el agua, también hago agua de cidra diaria (...) se toma en la mañana o por la tarde. - Tomo mucho liquido, y avena para disminuir el colesterol y los triglicéridos. También el agua de cidra, según eso ayuda a orinar mas (...) entonces eso ayuda a disminuir la presión, otras que he escuchado es el agua de las cascaras de mandarina (...) pero no lo he hecho. - Que disque tomar mucha agua y bebidas así (...) me han dado para tomar masitia para el azúcar, y para la presión las pastas. - Me han dicho que para la presión ¡y lo he hecho!, es lo de la cascara de papa, cocinada, jugo de lima todas las mañanas, y agua de la hoja de cofrey. (...) y si me ha dado como resultado. ¡Las agüitas ayudan, no decir la curan! - Ahh (...) un secreto es tres ajos en la mañana, pero ese de vez en cuando. ¡Y he visto que si se me baja la presión! - ¡Ahhh yo hago lo que le dicen por ahí, ciertas personas! (...) que agüita de cidra, que el puré de papa (...) bueno bebidas, por ahí de ramas. 	<p>Acciones no farmacológicas</p>
<p>Frecuencia del control médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El Dr. Guevara me los pone cada cinco meses para el revisarme. - Yo voy a los controles mensuales y con el medico cuando tengo cita que es cada cuatro meses - Cada 3 meses. - Cada 3 meses y pues (...) con ustedes cada mes. Eso si para que me tomen la presión y me den los medicamentos - Cada mes con ustedes, ahí en el carnet me lo apuntan con el Dr. - Cada tres meses, cuatro veces en el año y por supuesto con ustedes cada mes. - Cada tres meses - Cada tres meses, ahí en el hospital con el doctor Guevara (...) y allá con el carnet voy a control con enfermería para que me tomen la tensión y me den la droga cada mes. - Cada tres meses tengo entendido que es control con el medico. - Yo cada cuatro meses. 	<p>Asistencia a control médico según necesidad</p>

Estilos de vida

Para las acciones en el manejo de la hipertensión arterial, se consideraron dos características deductivas, la primera, denominada estilos de vida y la segunda tratamiento y/o control de la enfermedad, cada una de esta cuenta a su vez, con un subgrupo de categorías deductivas e inductivas respecto. Dentro de la primera característica, se encuentra la primera categoría deductiva denominada “alimentación”, está a su vez esta dividida en dos categorías inductivas. La primera llamada “cantidad en el consumo de sal, grasa saturada y dulce”, en donde todos los participantes afirmaron la disminución en su consumo. Sin embargo, uno de los participantes percibe que existe dificultad en alcanzar y mantener estos cambios en el estilo de vida alimenticio. La siguiente expresión ilustra esta afirmación:

E10: “Mire yo, como lo menos que puedo de grasa, las harinas (...) jaja (...) bueno esas si se comen a diario porque ¡si yo no voy a comer harinas!, entonces yo no puedo comer pan, arepa, no podría comer plátano y entonces eso seria ¡una aguantadera de hambre tremendo!”

El arraigo cultural, no es fácil modificarlo, no obstante los participantes refirieron una actitud positiva en la alimentación, mas adelante se evidencia la contradicción cuando se refieren las prácticas alimenticias en el manejo de la enfermedad.

En cuanto a la dificultad en los cambios de estilo en la alimentación, se debe a que no existe conciencia del daño que puede generar el no adquirir hábitos alimenticios saludables; de igual forma, no se trata de ¡no comer!, si no de alimentarse balanceadamente. No obstante, todos los participantes refirieron que han disminuido el consumo de sal, grasa saturada y dulce, lo que indica la existencia de empoderamiento en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, estas prácticas no son mantenidas en el tiempo y por ende existe falencia y

dificultad en la adherencia a este tipo de prácticas por la situación cultural a la que se ven enfrentados a diario. En este sentido, la literatura refiere a través de datos epidemiológicos que demuestran una asociación positiva entre la ingestión excesiva de sal y los niveles elevados de las cifras de presión arterial. Simultáneamente, se indica a la población hipertensa la reducción en la ingesta de sal por abajo de seis gramos por día, ya que reduce las cifras de presión arterial⁶⁶.

En este mismo sentido, otro artículo refiere que la disminución de este consumo reduce los niveles de presión arterial en una media de 4-6 mmHg⁶⁷. Por consiguiente, la literatura científica revela que las dietas con restricción de sodio han mostrado un impacto en la reducción de las cifras de presión arterial sistólica, aunque no se ha registrado un decremento de la diastólica. La magnitud de este cambio fue mayor en estudios con personas ancianas con HTA, pero no existe evidencia suficiente para apoyar la restricción de sal en la población normotensa.

En el mismo sentido, la estabilización del peso también puede considerarse un objetivo útil a perseguir en cuanto al manejo alimenticio de la hipertensión arterial. A continuación se ilustra una de las expresiones de los participantes con respecto a la reducción de peso en el manejo de la enfermedad:

E9: *“Como el médico me dijo que tenía que bajar más de peso (...), antes, yo comía bien salado, las comidas eran ¡bien buenecitas de sal!, a mi no me gustaba nada así simple, me gustaba comer harinas, pero cuando resulte con esta enfermedad yo le he bajado mucho a la grasa y a la sal”*

Por consiguiente, la literatura científica refiere, que el exceso de peso corporal o un índice de masa corporal mayor a 25 kg está correlacionado con un incremento

⁶⁶ Ibid., p S20.

⁶⁷ GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1143

en las cifras de presión arterial; en una gran proporción de personas con HTA y sobrepeso, la reducción de al menos 4.5 kg ha demostrado un impacto en la reducción de las cifras de presión arterial. De la misma forma, en sujetos con sobrepeso la reducción de éste mejora el efecto hipotensor de los medicamentos y puede disminuir significativamente los factores de riesgo cardiovascular tales como la diabetes y las dislipidemia; Aunque, no existen estudios prospectivos suficientes que fundamenten en forma sólida la relación entre un decremento de la enfermedad cardiovascular y una pérdida de peso intencionada, a largo plazo la modificación del estilo de vida y de la dieta puede ser una estrategia para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.⁶⁸

En la segunda categoría inductiva, denominada “consumo de frutas y verduras” se ubican seis de los participantes quienes refieren gusto por su consumo, práctica que hace parte en el manejo de la enfermedad y que por ende en el último decenio, se ha comprobado que el aumento del aporte de potasio y los patrones alimentarios basados en la dieta DASH (rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasas, con un contenido reducido de colesterol alimentario, así como de grasas saturadas y totales) ejercen efectos hipotensores, por este motivo, como medida general, se aconseja a los hipertensos que ingieran más frutas y verduras (4–5 raciones o 300 gramos de verduras al día)⁶⁹. Sin embargo, uno de los participantes expresó su inconformismo y la dificultad de adaptación al hábito alimenticio en el consumo de frutas y verduras. La siguiente expresión ilustra esta situación:

E10: “*Ja ¡a frutas! ¿Quién se sostiene a frutas? (...) jaja (...) o verduras (...) ¡yo siempre como harinita!*.”

⁶⁸ OVIEDO., MMA, *et al*, OP. CIT., p. S19.

⁶⁹ GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1144.

Los tres entrevistados restantes no hicieron alusión al consumo de frutas y verduras como parte en los cambios de la alimentación realizados para controlar la HTA.

Entre tanto, las dos categorías inductivas enunciadas anteriormente (cantidad en el consumo de sal, grasa saturada y dulce; y consumo de frutas y verduras), para estimar estilos de vida frente a la alimentación, permitió establecer que la mayoría de los participantes son reflexivos a la hora de apreciar ciertas conductas ya que la modificación de la alimentación juega un papel fundamental en el manejo de la HTA. Ahora bien, las recomendaciones brindadas en un control, en una charla o en una capacitación por parte del personal sanitario son basados en conceptos científicos que lo que buscan es promover la salud y reducir, a través de la dieta y la actividad física, el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares crónicas e infundir mayor compromiso sobre la salud. Sin embargo, es necesario tener en cuenta los aspectos culturales que rodean estas creencias de la vida diaria arraigados y definidos de generación en generación.

En cuanto a la segunda categoría deductiva “hábitos tóxicos”, se tuvieron en cuenta tres categorías inductivas. La primera de ellas “consumo de café”, referida por dos de los participantes que manifestaron su consumo durante todo el año, presentando síntomas de abstinencia, como malestar general y cefalea. A continuación se ilustra las dos expresiones de los participantes mencionados:

E2: *“En la mañana yo me tomo mi cafecito ¡eso, sí! y me prendo un cigarrillo, demás (...) es lo primero que hago”*

E4: *“A las medias nueves me tomo un tinto (...) tomo mucho tinto (...) jaja (...) ¡es el único pecadito!”*

Al respecto, un informe del National Research Council sobre la Dieta y la Salud, indica que la evidencia que vincula el consumo de café, con el riesgo de desarrollar la enfermedad de las arterias coronarias es débil e inconsistente, es decir, que no existe evidencia contundente hasta el momento de esta relación. De ahí que, en 1989 un informe publicado por Framingham Heart examinó todas las relaciones potenciales entre el consumo de cafeína y las enfermedades cardiovasculares y no detectó efectos dañinos por el consumo de café; llegando a la conclusión de que la cafeína no causa hipertensión arterial crónica, ni tampoco un aumento persistente en la presión sanguínea y que en efecto aquellas personas que son más sensibles pueden experimentar un aumento breve en la presión sanguínea, que no dura más de una hora. Sin embargo es aconsejable que las personas hipertensas o con antecedentes de infarto del corazón, o apoplejías cerebrales mantengan un consumo moderado de cafeína⁷⁰.

En cuanto al “hábito de fumar”, uno de los participantes mantiene este hábito; dos fumaron hasta el momento del diagnóstico de HTA; siete participantes no han fumado en ningún momento de su vida. Respecto al hábito de fumar, la literatura refiere que el tabaquismo provoca una elevación brusca de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, que persiste durante más de 15 minutos después de fumar un cigarrillo⁷¹. Así mismo, las personas con HTA que continúan el hábito tabáquico pueden no recibir completamente los beneficios de protección contra las enfermedades cardiovasculares de la terapia antihipertensiva.

Ciertamente, el abandono del tabaco es un objetivo difícil ante la importante adicción que provoca el hábito, pero la conciencia de su peligro y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito, que solo es posible acompañado del soporte psicoterapéutico especializado y del tratamiento

⁷⁰ CAÑIZALES., Aimara. Cafeína Mitos y Verdades. *El Universal* [En línea]. Caracas, 6 de Mayo 2006, [citado 28 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.eluniversal.com/temas/archivo/salud060506/vivirsalud1.shtml>>.

⁷¹ GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1142.

sustitutivo con nicotina que puede servir de ayuda a los pacientes con voluntad de dejar de fumar ya que esta medida es capaz de conseguir el abandono en el 21% de los pacientes hipertensos.⁷²

El consumo social de alcohol fue la tercera categoría inductiva, donde se encontró que cuatro participantes no han consumido alcohol; uno refirió que después de su diagnóstico dejó de lado este hábito y cinco aun lo conserva, pero este hecho es practicado en ocasiones especiales. Al respecto, la literatura refiere que existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación, no es completamente lineal, de forma que la incidencia de HTA se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres. De ahí que, la moderación del consumo de alcohol o su cese puede reducir las cifras de tensión en 3.2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser mucho más intensa. Así pues, es evidente que el consumo de alcohol en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular.⁷³

En resumen las tres categorías anteriores definidas para hábitos tóxicos, son prácticas que pueden considerar un daño a la salud a largo o a corto plazo, es decir, que puede contribuir o no a generar o a agravar la enfermedad en algún momento de la vida, pero todo esto depende de la historia de vida que lleve la persona.

La tercera categoría deductiva de estilos de vida, se denominó “manejo del estrés”, a su vez contiene dos categorías inductivas. La primera, “motivo del

⁷² SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN -LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía 2005 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, Tratamiento no Farmacológico. *Journal of Hypertension* [En línea]. 2005;22 Supl 2:44-6, Cap VII [citado 16 Septiembre 2008]. p.46. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lilha.org/guiahta05.htm>>.

⁷³ Ibid., p. 45.

aumento de la presión arterial”, donde siete de los participantes hace referencia a que el aumento de la presión se debe a “preocupaciones”, “problemas” y “situaciones laborales”, lo que puede ser posible, pero difícil de establecer ya que como se mencionó en las causas de la hipertensión arterial, el estrés es un término que se mantiene incierto debido a su dificultad para definirlo y cuantificarlo. En este sentido, Oviedo en su artículo describe que a la fecha no se ha demostrado un beneficio concluyente en el uso de terapias de relajación para manejo del estrés, por lo que el papel definitivo en el manejo del estrés para el tratamiento de la HTA es aún incierto, incluso en los pacientes hipertensos cuyo nivel de estrés sea considerado un aspecto importante, el manejo debe ser simultáneo a las otras recomendaciones dadas al estilo de vida⁷⁴

La segunda categoría inductiva son las “acciones para controlar situaciones difíciles”, donde se encontró que cuatro participantes recurren a tranquilizarse, enfrentando las situaciones difíciles con calma. En este sentido, Rodríguez hace alusión a que el manejo y control del estrés, acompañado de estilos de vida saludables, puede ayudar a disminuir la tensión arterial y el riesgo de enfermedad coronaria hasta en un 70%⁷⁵. Por este motivo, el profesional de la salud en estos casos, debe atender el estado emocional de la persona, sin minimizar las preocupaciones que exprese, ya que el grado de estrés se debe considerar desde el buen control y manejo. A continuación se ilustran dos de las expresiones relacionadas con esta categoría:

E4: “Cuando tengo mucho trabajo, trato de manejarlo y relajarme”

E8: “Le pido mucho a mi Dios para olvidar la separación con mi esposo.”

⁷⁴ OVIEDO., MMA, *et al*, OP. CIT., p. S20.

⁷⁵ RODRIGUEZ, Coluga Cecilia. Algunos Factores Psicosociales en la Hipertensión Arterial. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. [En línea]. 2000, Cap 12.1, [citado 16 Septiembre 2008]. p 8. Disponible en la World Wide Web: < <http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf> >

La cuarta categoría deductiva es la actividad y ejercicio que realizan las personas para manejo de la HTA; en esta categoría se tuvieron en cuenta dos categorías inductivas, la primera, "tiempo de ejercicio", donde todos los participantes refieren practicar algún tipo de ejercicio (caminar, trotar, montar cicla, etc...) que iniciaron a partir del diagnóstico médico de HTA. En cuanto a frecuencia, tres practican algún tipo de ejercicio todos los días; cuatro de vez en cuando y tres acuden cada ocho días a una rutina de ejercicios de estiramiento y relajación programados y dirigidos por una fisioterapeuta que maneja el programa de la tercera edad. A continuación se ilustran dos de las expresiones referidas por los participantes relacionados con esta categoría:

***E7:** "Yo no me pierdo la gimnasia con Estela, hace cinco años voy a los ejercicios cada ocho días"*

***E9:** "Después de que me diagnosticaron esta enfermedad, me he aplicado a caminar y trotar un poquito, pero no todos los días".*

Respecto a los resultados del IMC, en donde se ubican cuatro de los participantes en sobrepeso °1 y °2, situación que se puede atribuir a la inactividad física y al desequilibrio energético propio de esta cultura ya que se consumen más calorías de las que se gastan, e inician algún tipo de ejercicio pero no es constante ni repetitivo, factor que puede determinar el aumento de peso. En este sentido la Guía Española de 2005, describe la actividad física como un predictor independiente de mortalidad cardiovascular y es por esto que el ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (unos 3-4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logran mayores efectos tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un bajo peso. Sobre esta base, debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes

hipertensos, que puede iniciarse con una actividad física moderada de 30 a 45 minutos de caminata, de preferencia cuatro o más días de la semana⁷⁶.

Tratamiento y control de la HTA

Esta segunda característica deductiva contiene a su vez categorías específicas, como se mencionó al inicio, la primera categoría deductiva es la “adherencia al tratamiento farmacológico”, donde se obtuvo una categoría inductiva denominada “cumplimiento en el consumo de los medicamentos”, seis participantes refirieron ser cumplidos y constantes en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la frecuencia adherencia y cantidad de fármacos. Se encontró que los participantes tienen formulados entre uno y tres medicamentos. A continuación se ilustra dos expresiones de los participantes ubicados en esta categoría:

E4: *“Eso si, diariamente me las tomo, cumplida y con juicio, al principio fue difícil, pero ya me acostumbre”*

E10: *“Para mí personalmente (...) me es obligatorio cumplir con los “medicamentos”*

Sin embargo, se encontró una seria asociación en la dificultad de cumplimiento y adherencia al tratamiento farmacológico, el factor influyente es la edad, de hecho, es más frecuente el incumplimiento, y/o olvido de la medicación por parte de los pacientes mas jóvenes, que de los viejos, ésto debido a la falta de concienciación de los riesgos de la enfermedad. A continuación se ilustran dos expresiones que representan esta categoría:

⁷⁶ GUÍA 2005 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO. OP. CIT., p.45.

E1:“Al principio tomarme la pasta fue con una dificultad impresionante, porque uno adaptarse a tantos medicamentos es tenaz”

E5:“Las pastas siempre se me olvidan y me las tomo cuando me acuerdo”

Análogamente, la dificultad en la adherencia al tratamiento confirma la evidencia científica que refiere la literatura con respecto a que estudios han comprobado, que la mitad de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico que se le ha indicado y este incumplimiento es aún mayor cuando lo que se le ha prescrito es la modificación de hábitos y estilos de vida, comprobándose que menos de un 30% cumplen las restricciones alimenticias⁷⁷.

La segunda categoría deductiva dentro de la categoría de tratamiento y control es el “manejo de síntomas” que a su vez contiene dos categorías inductivas, la primera denominada “acciones farmacológicas” que llevan a cabo tres de los participantes, especialmente cuando presentan cefalea y mareos que le son atribuidos a los síntomas de la enfermedad.

No obstante, la segunda categoría inductiva se denominó, “acciones no farmacológicas”, en donde se ubican siete de los participantes quienes en combinación con estilos de vida y acciones farmacológicas, practican medidas alternativas para manejo de síntomas y evadir complicaciones; sin embargo, este tipo de práctica no está respaldada con evidencia científica, pero para los participantes estas creencias culturales son de gran valor e importancia ya que les funciona para mantener su salud. Por ejemplo, entre las prácticas se encontró que consumen “agua de remolacha”, “de plátano verde”, “de cidra”, “agua de cascara de mandarina”, “de cascara de papa cocinada”, “jugo de lima”, “agua de ramas” y “ajos”, entre otros, esta práctica en las personas tiene efectos positivos y

⁷⁷CUMPLIMIENTO TERPEUTICO, Gobierno de Canarias. *Revista de la Consejería en sanidad*, [En línea]. 1997, Cap VIII [citado 16 Septiembre 2008]. p.373. Disponible en la World Wide Web: < http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/cardiovascular/pdf/ANEXO_VIII_CUMPLIMIENTO_T.pdf>.

de cierta manera existe convicción en los efectos. Por consiguiente, este tipo de creencias debe ser respetada, pues en efecto, las creencias que vienen determinadas por el entorno en una población, genera mayor confianza en la obtención de un beneficio en su salud. Ahora bien, según la literatura en especial la Guía Española para manejo de la HTA del 2005, hace hincapié en que las modificaciones dietéticas como el consumo de ajo o la utilización de suplementos de calcio, magnesio, potasio, hierbas medicinales, soja o fitosteroles no tienen una eficacia antihipertensiva probada⁷⁸.

La frecuencia al “control médico” es la tercera categoría deductiva, donde todos los participantes asisten cada mes al control con enfermería, allí se realiza la valoración de las cifras tensionales, peso y prescripción de la fórmula de medicamentos. Igualmente, a control médico la asistencia es cada tres o cuatro meses; en donde se valora el estado de salud y se consideran los fármacos según necesidad.

El seguimiento que se le hace a la enfermedad es aprovechado para mantener la presión arterial deseada, dar un estímulo continuo en la modificación del estilo de vida y ajustar la terapia. Por otro lado los dos participantes a quienes se les diagnosticó recientemente la enfermedad (tres meses), se hizo seguimiento al primer y segundo mes después de comenzar la terapia, ésto para determinar si es adecuado el control de la hipertensión, el grado de adherencia del paciente y la presencia de eventos adversos o desfavorables para la salud.

En contraste, el registro de las cifras tensionales se llevó a cabo en un carné suministrado por la misma institución para los pacientes incluidos en el programa de hipertensión. Por ende, para efecto del presente estudio todos los participantes, contaron con el carné que avala la información del registro de las cifras

⁷⁸ GUÍA 2005 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO. OP. CIT., p.46.

tensionales y del peso cada mes, ésto permitió la confirmación en la asistencia a control con enfermería y cada tres o cuatro meses al control con médico.

En síntesis, las acciones llevadas a cabo por los participantes en su mayoría son reflexivas a la hora de apreciar ciertas conductas y modificación de estilos de vida, sin embargo existe dificultad en alcanzar y mantener estas modificaciones en el tiempo, por ejemplo, la modificación alimentaria, es un objetivo que está claro en la mayoría de los participantes, pero sin embargo no se lleva a cabo, por las condiciones culturales arraigadas; los hábitos tóxicos no son un ente importante en esta población, sin embargo el estrés si es un factor fundamental ya que las “preocupaciones”, “los problemas” y la “situación laboral” se percibe como un desencadenante de la elevación de las cifras tensionales, pero aun esta afirmación es de carácter incierto y lo que se recomienda son las terapias de relajación que han mostrado cierto beneficio.

Para terminar, se evidenció que todos los participantes practican algún tipo de ejercicio, hábito que fue adquirido después del diagnóstico de la enfermedad, pero que al igual que la adherencia farmacológica no es constante y mantenida en el tiempo, pues aún existe dificultad en la adherencia al mismo; posiblemente, porque existe cierta asociación con la edad y es más frecuente el incumplimiento y olvido en pacientes más jóvenes, edades predominantes en el presente estudio.

Adicionalmente, la mayoría de los participantes incluyen dentro del manejo de su enfermedad las medidas alternativas, sumado también a estilos de vida y acciones farmacológicas para manejo de síntomas y complicaciones, medidas alternativas que son prácticas propias de la cultura. En cuanto a la asistencia y frecuencia a los controles de seguimiento de la enfermedad, existe evidente compromiso por parte de los participantes.

Por otro lado, se debe hacer mas vigilancia en el uso de fármacos por parte de los pacientes, pues se debe evitar los efectos adversos potenciales y las interacciones farmacológicas que afectan la salud y calidad de vida. Así mismo, es elemental el uso de los servicios ofrecidos por otros miembros del equipo médico, como los que proporcionan consejería en nutrición o ejercicio.

6.2.3 Recursos Para Manejo De La Hipertensión Arterial

Los recursos hicieron referencia a los medios económicos con que cuentan los participantes para llevar a cabo las recomendaciones, el apoyo por parte de los familiares en el manejo de la enfermedad y los medios por los cuales han recibido información acerca de la hipertensión arterial (Véase matriz 3).

Matriz 3. Recursos para el manejo de la hipertensión arterial: categorías deductivas e inductivas. Grupo de usuarios del servicio de consulta externa de una institución hospitalaria de segundo nivel de, Belén de Umbría (Risaralda), julio-noviembre de 2008.

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORÍA INDUCTIVA
Apoyo de la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Ellos comen como yo haga (...) me han colaborado bastante, nunca me retacan por eso tan simple ¡oo! tráigame salecita, como en muchas veces que uno va a las casas y... ¡que oiga eso esta muy simple mija!, tráigame aquello (...) Y le alistan ahí el pote de sal (...) - Mi esposo si me colabora, como yo cocino el come, a veces el le hecha su pizquita de sal (...) pero mis comidas yo las hago simplecitas. - Si, ellos saben que yo soy hipertensa, incluso la niña sabe ¡sabe que medicamentos tomo!, que es lo que me hace daño (...) porque los abuelos de lado y lado son hipertensos. - Mis hijos vienen un momentico y vuelven y se van a trabajar. - Me ayudan, diciéndome de las agüitas, (...) de las harinas, ¡de que no consuma tanta grasa! Digamos, yo frito tajadas, y me dicen ¡mama recuerde que no debe comer tajadas fritas! - Todos comemos, mas bien simplecito, porque la sal siempre es dañina (...) y ya como se que soy hipertensa entonces hay que comer así. - Mi familia lo normal (...) me colaboran en eso en 	Presencia de apoyo familiar

	<p>la comida que sea baja en sal, en grasa (...) comen lo que yo como.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudándome, por lo menos a hacer los oficios, porque antes no me ayudaban a nada ¡a mi me daba mucha rabia!, ahora me colaboran (...) y también he puesto de mi parte para no ofenderme. - Si ellos están pendientes (...) me recuerdan las pastas <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mi hijo no me ayuda, me trae preocupaciones 	<p>-----</p> <p>Ausencia de apoyo familiar</p>
<p>Información sobre la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si uno va a los controles con el medico el le dice esta comiendo esto o lo otro (...) instruye mas en ese sentido - El medico me ha dicho en el control - Si me parece que ha habido muy buena educación, me han dado formatos y volantes que explican lo de la hipertensión - Información! Me la dan en el control - Hasta donde vamos, yo tengo claro lo que debo hacer, o no, (...), por ellos, por el medico y las enfermeras. - En el hospital, me dicen - Claro que si, de las enfermeras, tan lindas que son, ellas me dicen y ¡gracias a Dios ahí vamos controlándola! - A! si, de pronto si, por ahí, lo que dice el medico. <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> -Me gusta leer mucho, sobre el tema (...) ver de pronto algún programa interesante sobre la salud, el campo de salud en televisión ¡a mi me encanta! - lo que escucha uno en el televisor, hay muy buenos programas 	<p>Información a través de la IPS</p> <p>-----</p> <p>Información a través de medios de comunicación</p>
<p>Medios económicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pues no soy rica tampoco, pero si (...) le sale a uno trabajito. Y por los medicamento me los dan en el hospital - Si gracias a Dios, yo trabajo, y mi esposo trabaja (...) y como el carnet en el hospital cubre todo, los exámenes, las visitas con la nutricionista, toda la consulta médica y los medicamentos. - Acá vivimos del arriendo de tres viviendas,(...) pero, en el hospital siempre me dan las pastas. - Yo trabajo por días. - Tengo arrendados dos apartamentos y mi esposo trabaja y mi hija estudia, pero de alguna manera hacemos alcanzar la plática. - Los recursos económicos, son muy escasos, yo 	<p>Independencia económica</p>

	<p>trabajo (...) ¡pero usted sabe que para la salud, hay que hacer lo posible!, de alguna manera hay que reventar la droga (...) ¡o si no uno esta firmando la sentencia!, Ahh ¡eso si es de ahí!</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¡Gracias a Dios no me ha tocado comprar los medicamentos! Y la familia me ayuda para lo demás - La situación es difícil, porque es lo que le dan los hijos - Si, menos mal cuento con la ayuda de mi esposo - Ahh, mis hijos, ellos me ven enferma y me buscan medico. 	<p>-----</p> <p style="text-align: center;">Dependencia económica de esposo e hijos</p>
--	--	--

Apoyo de la familia

Como se observa en la matriz 3, se tuvo en cuenta tres categorías deductivas. La primera de ellas, es “apoyo familiar” que reciben los participantes en el tratamiento de la enfermedad, de donde se obtuvo dos categorías inductivas, denominada la primera “presencia de apoyo familiar” y la segunda “ausencia” de la misma; en contraste nueve participantes cuentan con el respaldo de la familia ya sea por el esposo, hijos o nietos, para manejo de la HTA. Cabe resaltar, que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere constancia para su manejo, y el apoyo de la familia representa un compromiso importante en el cumplimiento y acompañamiento de las indicaciones médicas, como lo es la toma de los medicamentos y la modificación en el estilo de vida. A continuación se ilustra una de las expresiones relacionada con el compromiso familiar:

E1: “Ellos comen como yo haga (...) me han colaborado bastante, nunca me retacan por eso tan simple ¡oo! tráigame salecita”

Retomando lo anterior, según Rodríguez-Marín (1994), en su artículo refiere que desde hace mucho tiempo se piensa que el apoyo social amortigua los efectos adversos de la enfermedad crónica en diferentes patologías, entre ellas la hipertensión arterial, simultáneamente, existen datos que apoyan esta idea, de

que las personas que tienen buenas redes sociales de apoyo son algo menos proclives a desarrollar y algo más proclives a adaptarse bien a la enfermedad crónica, con incremento en su calidad de vida ⁷⁹. En este sentido, parece que el apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente a reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas o a crear un estado emocional positivo.

La segunda categoría inductiva fue la “ausencia de apoyo familiar”, donde el participante restante percibe que la familia le trae preocupaciones en vez de apoyo; Rodríguez-Marín (1994), menciona que la acción del apoyo social en sociedades se da en los tres niveles clásicos de la prevención y es tan importante, que la falta de apoyo social en sociedades occidentales, se ha llegado a considerar un problema de salud que limita la ejecución de las prescripciones terapéuticas, y mantenimiento del régimen médico ⁸⁰.

Información sobre la enfermedad

En cuanto a esta categoría, surgen dos categorías inductivas, la primera, información a través de la Institución Prestadora de Salud- IPS-, que para el presente estudio fue la institución de segundo nivel. En ésta se ubicó ocho participantes, quienes perciben que la adquisición de la información sobre la HTA, fue a través de la asistencia a la consulta médica o al control con enfermería. En este sentido hay un elemento que juega un papel importante y es la buena relación médico-paciente y equipo de salud; además existe cierto agradecimiento y satisfacción con el personal ya que consideran que la información proporcionada

⁷⁹ RODRIGUEZ, Marín Jesús. Evaluación en prevención y promoción de la salud. en: Fernanadez-Ballesteros R. Evaluación conductual Hoy . [En línea]. Madrid, España, 1994:696 [citado 16 Septiembre 2008]. p.6-7. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf>>.

⁸⁰ Ibid., p. 7.

es útil y puntual sobre como manejar la enfermedad. A continuación se ilustra una expresión relacionada con este sentimiento:

E6: *“Hasta donde vamos, yo tengo claro lo que debo hacer, o no (...), por ellos, por el medico y las enfermeras”*

La segunda, “información a través medios de comunicación”, dos participantes se informaron sobre el manejo de la HTA, especialmente en los noticieros y lectura de artículos sobre el tema. En este sentido, todos los participantes contaron con los medios suficientes para adquirir información a través de estos medios masivos, pero solo dos aprovecharon estas fuentes para abordar la enfermedad, manejar el costo y prevenir complicaciones.

Medios económicos

Respecto a esta categoría se considero dos categorías inductivas, “independencia” y “dependencia” económica, en relación con la primera, seis de los participantes cuentan con los medios económicos para llevar a cabo las recomendaciones médicas gracias a sus propios ingresos, que adquieren a través del propio trabajo y arriendos. Aunque la situación es difícil, refieren que para mantener la salud y bienestar hay que destinar cierto dinero. En este sentido, Arredondo en su artículo refiere que mientras las enfermedades cardiovasculares han pasado a ocupar un lugar importante como demanda de salud, requiriendo mayores recursos financieros en actividades de promoción y prevención; también a quienes padecen esta enfermedad les demanda requerimientos financieros para minimizarla y controlarla⁸¹.

⁸¹ ARREDONDO., Armando. Requerimientos Financieros Para la Demanda De Servicios De Salud Por Diabetes e Hipertensión En México: 2001-2003. *Revista de Investigación Clínica* [En línea]. Septiembre-Octubre, 2001, Vol. 53, Num. 5 [citado 16 Septiembre 2008]. p.428. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf>>.

En la segunda categoría, “dependencia económica”, se ubicaron cuatro de los participantes restantes, ellos adquieren los recursos económicos para llevar a cabo las recomendaciones en el manejo de la enfermedad a través del apoyo de los hijos, esposo y/o familiares que se involucran de manera indirecta en el tratamiento de la HTA.

En síntesis, el costo que demanda el tratamiento, puede ser una barrera para controlar la hipertensión, pero en el presente estudio se puede apreciar que los participantes cuentan en su mayoría con presencia de apoyo y acompañamiento familiar, indispensable para lograr mayor empoderamiento de la enfermedad. También existe satisfacción hacia el personal sanitario por la información recibida, condición que ha logrado que los participantes aumenten el autoestima, acepten, conozcan y aprendan a manejar la enfermedad; por último en cuanto a la consideración económica en el tratamiento farmacológico les supone un bajo nivel de costos ya que la IPS se ha responsabilizado en suministrar los medicamentos mensualmente; sin embargo, el seguimiento de la dieta hipocalórica les supone un alto nivel de costo y dificultad cultural en su adherencia.

7. CONCLUSIONES

La promoción de la salud es campo de intervenciones transdisciplinarias liberadas del dominio de la medicina y que desafían al sector salud a enfrentar nuevas responsabilidades. Tres son los grandes objetos, sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención en el tratamiento de la HTA: el impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, y costumbres que definidos social y culturalmente, ponen en riesgo la salud. Modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales. En este marco y teniendo en cuenta los tres aspectos específicos del presente trabajo se realiza una síntesis de los hallazgos:

Conocimientos alrededor de la Hipertensión arterial

Los conocimientos de los participantes coinciden con la característica Etic, es decir, con la explicación científica que se le da a la realidad estudiada, ya que los entrevistados no han subestimado la enfermedad, al contrario mostraron una actitud favorable para manejo de la enfermedad; en este sentido la edad es un aspecto importante frente a las paradojas comportamentales ya que el diagnóstico de la enfermedad a edades tempranas representa dificultad en la adherencia al tratamiento, sin embargo, tienen conocimiento de las causas, el tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Respecto a las causas, los participantes identifican de manera expresa, la herencia como responsable de la enfermedad, asumiendo que si los padres sufren

hipertensión arterial, sus hijos y los herederos también. Además le atribuyen la HTA a complicaciones de otras enfermedades tanto del sistema renal y cardiovascular. El manejo en el tratamiento es claro para los participantes, ellos reconocen tanto el tratamiento farmacológico como no farmacológico, atribuyéndole igual importancia. Y en relación con las consecuencias, coincidieron en su mayoría, que los órganos mas afectados por la HTA son el corazón, riñón, cerebro, inclusive se refirieron a las alteraciones visuales.

En lo referente a las situaciones en que la población identifica causas, síntomas, ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, sus comportamientos y prácticas no corresponden con ese conocimiento; es decir, se evidencia contradicción entre conocimientos y prácticas; para ésto es necesario considerar el contexto social y cultural del grupo para lograr el desarrollo de aptitudes favorables hacia el autocuidado.

Acciones de autocuidado para manejo de la Hipertensión arterial

Es evidente, que los factores de riesgo como fumar, el régimen alimentario inadecuado, el modo de vida sedentario y los factores sociales desempeñan una función principal en la incidencia del infarto miocárdico y accidentes cerebrovasculares, pero estas enfermedades pueden, hasta cierto punto, prevenirse si tales factores de riesgo se eliminan y manejan a edades tempranas.

Respecto las prescripciones médicas para manejo de la HTA, aquellas que están referidas a la dieta y al ejercicio físico son las que a esta población les resulta más difíciles de seguir y de ser mantenidas en el tiempo. Las dietéticas, porque introducen cambios importantes que distorsionan su vida cotidiana familiar y social. Y el ejercicio físico, confundido casi siempre con moverse, se incumple en la mayoría de los casos, quedando la prescripción de este aspecto sin valor y sin

el reconocimiento suficiente para ser practicado, haciéndolo parte del tratamiento de la HTA.

El tratamiento efectivo de la hipertensión arterial en esta población produce una significativa disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Pues un aspecto vital que se refleja en el presente estudio es la adherencia al tratamiento farmacológico y al control, entendido como el cumplimiento terapéutico de las indicaciones dadas por los profesionales de la salud, médicos, enfermeras, nutricionistas; además de la oportuna y cumplida asistencia a los controles, como se evidenció desde el trabajo.

Podemos señalar que en general, los pacientes se sienten capaces de llevar a cabo el tratamiento farmacológico, por el contrario, el seguimiento de la dieta hipocalórica representa el área en la que los pacientes se sienten menos capaces de llevarlo a cabo y por ende, existe dificultad en la adherencia a las medidas higienodietéticas fundamentales en el manejo de la HTA.

Recursos para manejo de la Hipertensión arterial

En relación con los recursos disponibles con que cuenta cada persona para el manejo de la hipertensión arterial, el apoyo social, familiar y los recursos económicos, en el presente estudio, los resultados demostraron que la mayoría de los participantes señalan contar con estos recursos, indispensables en el seguimiento de las diferentes dimensiones del tratamiento para la hipertensión.

Los resultados disponibles indicaron que la comunicación en esta población fomenta el interés y el bienestar, pues los pacientes antes de efectuar cualquier intervención, acuden a los agentes de salud; éstos deben estar capacitados para aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir

con ella las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

En general, dada la situación económica en nuestro país, no sólo se fundamenta y justifica la necesidad de invertir mayores recursos financieros en la demanda de enfermedades crónicas como la hipertensión, sino también queda de manifiesto la necesidad de asignar mayores recursos financieros para las actividades de promoción y prevención de esta enfermedad, de manera que se pueda minimizar y controlar el daño a la salud y así evitar la carga económica para los sistemas de salud.

El componente sociocultural en la etiología de muchos comportamientos y estilos de vida que ponen en riesgo la salud del hipertenso, exige intervenciones variadas sobre conductas y estilos de vida que demandan ser modificados sobre sus determinantes sociales y culturales, y sobre factores que deben ser fortalecidos para cautelar su aparición. En otras palabras, la complejidad de situaciones que animan modos particulares de vida y comportamientos que ponen en riesgo la salud, invita a pensar en estrategias integrales de prevención y promoción con incidencia potencial sobre su amplia variedad de determinantes, así como también en maniobras que anticipen el surgimiento de conductas nocivas, al reforzar características individuales y sociales que contribuyan a evitarlas.

Finalmente, se recomienda un estudio epidemiológico para establecer la prevalencia de la hipertensión arterial por edad en esta población, ya que se está presentando la HTA a edades muy tempranas.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA GONZALEZ, Magda, DEBS PEREZ, Giselle, DE LA NOVAL GARCIA, Reynaldo *et al.* Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer.* [En línea]. sep.-dic. 2005, vol.21, no.3 [citado 15 Abril 2007], p.1-8. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
2. AMARAL Zaitune *et alii.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [En línea]. feb. 2006, vol.22, no.2 [citado 17 Marzo 2008], p. 285-294. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/06.pdf>> ISSN 0102-311X.
3. ARREDONDO., Armando. Requerimientos Financieros Para la Demanda De Servicios De Salud Por Diabetes e Hipertensión En México: 2001-2003. *Revista de Investigación Clínica* [En línea]. Septiembre-Octubre, 2001, Vol. 53, Num. 5 [citado 16 Septiembre 2008]. p.428. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf>>.
4. ARRIOJA MORALES, Graciela, ALONSO CASTILLO, Magdalena. Estilo de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial. *Revista Salud Pública y Nutrición: RESPYN* [En línea] 2001 Edición especial nº 4. [citado 10 Agosto 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistemica_cis2001-1.html>.

5. BEANS., Bruce. Embarazo e hipertensión. *Overlake Hospital Medical Center*, [En línea]. 2003, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.overlakehospital.staywellknowledgebase.com/Spanish/RelatedItems/2,956?PrinterFriendly=true>
6. BONILLA CASTRO, Elssy, RODRIGUEZ, Penélope. Más allá del Dilema de los Métodos, *La Investigación en las Ciencias Sociales*, 3ra Ed. Bogotá D.C: Grupo Editorial Norma, 1999, p. 52.
7. CAÑIZALES., Aimara. Cafeína Mitos y Verdades. *El Universal* [En línea]. Caracas, 6 de Mayo 2006, [citado 28 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.eluniversal.com/etemas/archivo/salud060506/vivirsalud1.shtml>
8. CARDENAS CONTRERAS, Juanita. Autocuidado y redes de apoyo en ancianos con hipertensión arterial. Bogotá, 1997. Trabajo de grado (Enfermera). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería. Departamento de Salud Colectiva.
9. CARMEN, Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas [En línea], Abril de 2002, OPS Colombia. [citado 18 Septiembre 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>

10. Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud, 17 de Noviembre de 1986. OMS, p. 367-372
11. Carta Del Caribe Para La Promoción De La Salud, primero al cuatro de junio de 1993., p. 378-382
12. CIRES PUJOL, Míriam, PENA MACHADO, María A, ACHONG LEE, Manuel *et al.* Evaluación del control de pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [En línea].jul.-ago. 1995, vol.11, no.4 [citado 15 Abril 2007], p.337-343. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.
13. Clasificación según DANE. Boletín Censo General 2005, Datos Desagregados por Sexo. [Citado 7 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: < http://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene_15_03_07.pdf>
14. Clasificación según DANE. Estratificación Socioeconómica. Normatividad Ley 142 del 11 de Junio de 1994 Cáp. IV Estratificación Socioeconómica Art. 102. [Citado 7 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.dane.gov.co/files/dig/ley142_1994.pdf>
15. Clasificación según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad- SEEDO-. [Citado 7 Mayo 2008] Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seedo.es/Obesidadysalud/CáculodelIMC/tabid/177/Default.aspx>>
16. COLLIERE MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993:385.

- 17.**COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. [citado 24 Febrero 2008].p.1-44. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16175DocumentNo4208.PDF>>.
- 18.**COPANI., Jorge. Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*. [En línea]. 1997, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_04/04_06.htm >
- 19.**CRUZ Castruita, Rosa, MUÑOZ IBARRA, José, CHAZARRETA GONZÁLES, Margarita. Factores que Influyen para que el Paciente con Hipertensión Arterial No Modifique sus Estilos de Vida. *Revista Salud Pública y Nutrición: RESPYN* [En línea] 2001 Edición especial nº 4. [citado 10 Agosto 2007]. Disponible en la World Wide Web: http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistemica_cis2001-1.html.
- 20.**CUESTIONES DE INTERÉS. Falsas Creencia sobre Hipertensión Arterial [citado 20 Agosto 2007] agosto de 2004. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lilha.org/club/cuestion36.htm>>
- 21.**CUMPLIMIENTO TERPEUTICO, Gobierno de Canarias. *Revista de la Consejería en sanidad*, [En línea]. 1997, Cap VIII [citado 16 Septiembre 2008]. p.373. Disponible en la World Wide Web: <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/cardiovascular/pdf/A_NEXO_VIII_CUMPLIMIENTO_T.pdf>.

- 22.** DE ROUX, Gustavo. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación médica y salud* [En línea]. 1994; vol. 28, no. 2 [citado 15 Agosto 2007]. p. 223-233. Disponible en la World Wide Web: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/17330.pdf>>.
- 23.** Declaración De La Conferencia Internacional De Promoción De La Salud, nueve al doce de noviembre de 1992. OMS. p. 373-377
- 24.** DOWNEY, Patricio, Revisión del apunte nueve: Hipertensión Arterial. [Citado 18 Mayo 2006]. Disponible en la World Wide Web: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/meb203b/ProgramaClasesEnfermeria/Apunte9.doc>>
- 25.** ERICKSON. Helen, TOMLIN, Evelyn M, SWAIN, Mary Ann P. Los modelos y modelados de roles. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed., Elsevier Science. p. 452.
- 26.** GOMEZ N., Virginia. Los jóvenes también sufren hipertensión. *Expreso.ec*. Guayaquil. Semana [En línea]. [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.expreso.ec/SEMANA/html/notas.asp?codigo=20070923164341>>.
- 27.** GUIA EUROPEA DE MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. Estrés e Hipertension: *cuestiones de interés*. [En línea]. Diciembre 2004,[citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lilha.org/club/cuestion40.htm>>

- 28.**HARRISON., et al. Enfermedades del Aparato Cardiovascular. En: Principios de Medicina Interna:Parte VIII, Edición 16°, Vol. II. Chile (2006); p. 1622-1623. Mc Graw Hill, ISBN 970-105167-X.
- 29.**HERNÁNDEZ, Hernández MA. Hipertensión Arterial Sistémica. Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar [En línea]. 2003, [Citado 22 Agosto 2008] Disponible en la World Wide Web: <<http://74.125.95.104/search?q=cache:PRZN8hQhBRsJ:www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.html+OMS+define+hipertension+arterial&hl=es&ct=clnk&cd=7&gl=co>>
- 30.**Hipertension arterial, un trastorno cardiovascular, [En línea].2008, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.saludhogar.com/salud/enfermedades/?pagina=salud_enfermedades_010_010>
- 31.**LANDEROS OLVERA, Erick Alberto *et alii*. Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una comunidad rural, México, Artículo Científico. [En línea]. 2004, vol. 12, no.2 [citado 25 Septiembre 2008], p. 71-74. Disponible en la World Wide Web: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2_7174.pdf>.
- 32.**MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1st Ed. Santiago de Chile: *Minsal*, [En línea]. 2005, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hipertension_arterial_chile_2005.pdf>

- 33.** MONTEIRO, Maria de Fátima, SOBRAL FILHO, Dário C. *Exercício físico e o controle da pressão arterial. Rev Bras Med Esporte.* [En línea]. nov./dic. 2004, vol.10, no.6, [Citado 28 Abril 2007], p.513-516. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-8692.
- 34.** OVIEDO, MMA, *et al.* Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Revista Médica.* [En línea]. 2003; 41 (Supl 1):15-26, [citado 23 Agosto 2008]. p S19. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2003/e-ims03-1/em-ims031c.htm>>
- 35.** PENDER, Nola (1941). Modelo de Promoción de la Salud. Modelos y teorías en enfermería, Cap. 33, pp.508-515.
- 36.** PÉRES, Denise, MAGNA, Jocelí, VIANA, Luis. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública* [En línea]. oct. 2003, v.37, no.5 [citado 17 Marzo 2008], p. 635-642. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>, ISSN 0034-8910; VILLEGAS, Op. cit., p. 11-17; LANDEROS, Op. cit., p. 71-74; GONZALES, Op. cit., p. 1-8.
- 37.** PEREZ DE ARMAS, Alina. La dimensión sociocultural de la hipertensión arterial. [En línea].2001, [citado 23 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://64.233.169.104/search?q=cache:mY7DudzaO2gJ:cencomed.sld.cu/hta2006/trabajoshta2002/ladimen.doc+desconocimiento+cultural+de+las+c>

onsecuencias+de+la+hipertension&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&client=firefox-a>

- 38.** PERIZ A., Lola. Y SANMARTIN F., Enriqueta. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. *España: Elsevier Masson*, 2º edición, [En línea]. 2001, Cap. No 2, 20 p.. ISBN 8445810820, 9788445810828. [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://books.google.com.co/books?id=AveCC56EHx4C&pg=PA20&lpg=PA20&dq=hipertension+y+infeccion+urinaria&source=web&ots=v3jYIrcGmk&sig=wJqzdpoj2nG6v57GXlqbc8U6ks4&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=2&ct=result#PPA21,M1>
- 39.** PRICE ROMERO, Yocelyn. La hipertensión, una enfermedad silenciosa. *Huellas digitales* [En línea]. Agosto 2006, [citado 22 Agosto 2008]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.huellasdigitales.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1509&Itemid=2 >
- 40.** PRIETO RODRIGUEZ, Adriana. Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev. salud pública* [En línea]. 2003, vol. 5, no. 3 [citado 4 Septiembre 2007], p. 284-300. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0124-0064.
- 41.** Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud México cinco al nueve de Junio de 2000,

- 42.**Revista Colombiana de Cardiología. Informe del Sexto Comité Nacional Conjunto Sobre la Prevención, Detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial.. Bogotá, Volumen 6, Suplemento 1 (Agosto 1998); p. 212.
- 43.**REYES, Isidoro. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger. [citado 20 Mayo 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html>.
- 44.**RIVERA ALVAREZ, Luz N *et alii*. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública* [En línea]. dic. 2006, vol. 8, no. 3 [citado 15 Abril 2007], p. 235-247. Disponible en la World Wide Web:: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0124-0064. doi: 10.1590/S0124-00642006000300009> ISSN 0124-0064.
- 45.**RODRIGUEZ, Coluga Cecilia. Algunos Factores Psicosociales en la Hipertensión Arterial. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. [En línea]. 2000, Cap 12.1, [citado 16 Septiembre 2008]. p 8. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf> >
- 46.**RODRIGUEZ, Marín Jesús. Evaluación en prevención y promoción de la salud. en: Fernanadez-Ballesteros R. Evaluación conductual Hoy . [En línea]. Madrid, España, 1994:696 [citado 16 Septiembre 2008]. p.6-7.

Disponible en la World Wide Web:
<<http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf>>.

- 47.** ROSADO Peredo, Pedro *et alii*. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial, *Revista Médica del IMSS* [En línea]. marzo-abril 2005, vol. 43, No 2 [citado 25 Septiembre 2008], p. 125-129. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2005/e-im05-2/em-im052e.htm>>; TUESCA, Op. cit., p. 220-227; RIVERA, Op. cit., p. 235-247; VILLEGAS, Op. cit., p. 11-17, CARDENAS, Op. cit.
- 48.** SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, Boletín de estadísticas Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Jul-Dic 2005 No 5, ISSN 1794-1873.
- 49.** SERNA., Jose. Aspirina para hipertensos: Salud y Medicina. *Elmundo.es*. España. No. 299 [En línea]. (18,06,1998). [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://209.85.165.104/search?q=cache:r6HPLsd9DEEJ:www.elmundo.es/salud/299/18N0045.html+acido+acetil+salicilico-hipertension&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co>>.
- 50.** SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN -LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía 2005 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, Tratamiento no Farmacológico. *Journal of Hypertension* [En línea]. 2005;22 Supl 2:44-6, Cap VII [citado 16 Septiembre 2008]. p.46. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm>>.

- 51.** SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN- LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía de 2007 para el Manejo de la Hipertensión Arterial, *Journal of Hypertension* [En línea]. 2007, vol. 25, no.6 [citado 22 Agosto 2008]. p. 1142. Disponible en la World Wide Web: < <http://www.seh-lalha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>>.
- 52.** SOUSA DIAS, Gisele. Uno de cada 20 adolescentes argentinos sufre hipertensión. *Clarín.com* [En línea]. Mayo 2008 [Citado 23 Septiembre 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://209.85.165.104/search?q=cache:5eI0sGWfqXMJ:www.clarin.com/diario/2008/05/05/sociedad/s-02615.htm+a+mas+temprana+edad+se+sufre+la+hipertension&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co>>.
- 53.** THEOPHILO Lima, Márcia, FERRO BUCHER, Julia, DE OLVEIRA LIMA, José. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [En línea]. jul./ago. 2004, v.20, no.4 [citado 17 Marzo 2008], p. 1079-1087. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400023&script=sci_abstract&lng=pt> ISSN 0102-311X.
- 54.** TUESCA-MOLINA, Rafael, GUALLAR-CASTILLON, Pilar, BANEGAS-BANEGAS, José Ramón *et al.* Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit.* [En línea]. 2006, vol. 20, no. 3 [citado 15 Abril 2007], pp. 220-227. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.

- 55.**URIBE, Tulia Maria. El Autocuidado Y Su Papel En La Promoción De La Salud. Revista Investigación y Educación En Enfermería [En línea]. 1999, vol. 7, no. 2 [citado 18 Agosto 2007]. p. 109 – 118. Disponible en la World Wide Web: <<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>> ISSN 01205307.
- 56.**VILLEGAS Y JIMENEZ, Clementina, LOPEZ SOLANCHE, Graciela, PICHARDO LEÓN, Carlos. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* [En línea] Ene-Abr. 2003, Vol. 11 N° 1, [citado 15 Abril 2007], p.11-17. Disponible en la World Wide Web: <http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=13700&id_seccion=961&id_ejemplar=1404&id_revista=33>.

ANEXO 1

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA**

Registro N° _____

AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE
SEGUNDO NIVEL EN BELÉN DE UMBRÍA (RISARALDA) EN EL PERÍODO DE JULIO-
NOVIEMBRE DE 2008

IDENTIFICACIÓN

Visita N° 1 Fecha _____ Visita N° 2 Fecha _____
Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____ Escolaridad _____
Estrato _____ Tipo de afiliación al SGSSS _____ Otro _____
Convivencia Familiar _____
Peso _____ Talla _____ IMC _____ TA _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

ANEXO 2

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA**

**AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE UNA INSTITUCIÓN
HOSPITALARIA DE SEGUNDO NIVEL EN BELÉN DE UMBRÍA (RISARALDA)
EN EL PERÍODO DE JULIO-NOVIEMBRE DE 2008**

TÓPICOS TRATADOS EN LA ENTREVISTA

I. CONOCIMIENTOS

- Causa que le desencadenó la Hipertensión Arterial
- Daños o consecuencias de la Hipertensión Arterial
- Tratamiento para la Hipertensión Arterial (Motivar la descripción dependiendo del tipo de tratamiento)
- Información acerca de los síntomas de la enfermedad
- Controlar los síntomas
- Personas con riesgo de adquirir Hipertensión Arterial

II. ACCIONES

- Síntomas de la enfermedad
- Tiempo del diagnóstico médico
- Manejo de su enfermedad (tener en cuenta el uso de medicamentos, estilos de vida y otras alternativas)
- Frecuencia del control médico

- Medidas en caso de tener alguna complicación antes o después del control médico
- Registro de cifras tensionales
- Modificaciones en el estilo de vida desde el diagnóstico de la enfermedad (Indagar sobre alimentación, ejercicio, hábito de fumar, consumo de alcohol, estrés)

III. RECURSOS

- Apoyo de la familia en el control de la enfermedad
- Información de la enfermedad y fuentes (personal médico, medios de comunicación, folletos, etc.)
- Medios económicos para llevar a cabo recomendaciones

ANEXO 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____,
CON CC No. _____ DE _____,
Firmando abajo / o colocando la huella del índice derecho y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado _____, consciente y conocedor de mis derechos abajo relacionados, **ESTOY DE ACUERDO** en participar de la mencionada investigación.

1. Se le garantiza al participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual esta participando.
2. Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con sus declaraciones sin que éstas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.
3. El participante no incurrirá en gastos derivados de la investigación, ya que éstos serán asumidos por el presupuesto propio de la investigación.
4. El participante autoriza a la investigadora, para realizar la entrevista en su domicilio en dos ocasiones previamente acordadas.
5. Se asegura a los participantes que las grabaciones de audio que se harán durante las entrevistas, serán solamente del conocimiento y utilización de las investigadoras con fines académicos.
6. El participante es consciente y tienen conocimientos de que los resultados obtenidos podrán ser utilizados en publicaciones y eventos de carácter científico y que ningún servicio académico o compensación económica será ofrecida por su participación en el estudio.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de **MANERA VOLUNTARIA** en el desarrollo de esta investigación.

Belén de Umbría (Risaralda), _____ de _____ de 2008

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

Huella índice derecho

ANEXO 4

SÍNTESIS DE CONOCIMIENTOS, ACCIONES Y RECURSOS EN EL AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN DEL ESTUDIO AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, GRUPO DE USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE SEGUNDO NIVEL, BELÉN DE UMBÍA (RISARALDA). JULIO-NOVIEMBRE DE 2008

CATEGORIA DEDUCTIVA	FUENTES				
I. CONOCIMIENTOS					
	*E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
<u>Concepto de HTA</u>	Yo tengo entendido que es como cuando las venas se van obstruyendo, se van tapando (...) a la sangre le da como dificultad circular ¡me imagino yo!	Es por la mala circulación (...)	Es un enemigo peligroso que depende de cómo yo me cuide (...) puedo vivir (...)	Es cuando la presión esta elevada, cuando esta sobre los limites normales	La verdad yo no se (...) que es muy peligroso, que es grave para las personas y que es del corazón.
<u>Causas de la enfermedad</u>	Me empezó a mi en los últimos meses de embarazo y ahí me diagnosticaron preeclampsia y ya tuve la niña y ya fui hipertensa	Los problemas y mi hijo perdido...porque lo he buscado y no se nada de el (...)	Las causas no le se decir (...) se me olvido.	Según un internista fue por la herencia, por familia (...) y yo creo que en muchos casos es por el estilo de vida.	Que todas las hijas sufren de la presión alta y fumaba (...) ahh y la comida
<u>Identificación de otras causas de la enfermedad</u>	Mi familia también ha tenido su trayectoria, ha habido antecedentes de hipertensión. Ahí pudo ser.	Trabajaba en el campo		Para esa época me preocupaba por hacer muy bien mi trabajo (...) ya tenia la hipertensión y yo creo que ahí se me alboroto.	
<u>Consecuencias de la enfermedad</u>	Infartos o preinfartos, pérdida del oído, perdida de la visión, dificultad para respirar. (...) perjudica el sistema respiratorio y el sistema circulatorio	Un infarto, una trombosis (...) que uno quede boquitorcido que no pueda hablar.	El medico me ha dicho que uno queda todo torcido	Afecta muchos órganos, daña a los ojos, al corazón el riñón (...) un infarto	Derrame o otras cosas (...)
<u>Tratamiento que generalmente se le da a la HTA</u>	Tomarse las pastas	Las pastas, ejercicios y caminar	Tomarse la medicina, ir a los controles (...) no dejarse llevar por el estrés	Yo creo que lo más importante es el medicamento y los cuidados que uno tenga.	Tanta medicina (...)

<u>Síntomas para acudir al médico</u>	Siente uno zumbido en los oídos, pinchazos, agujazos (...) Recién cuando me diagnosticaron la hipertensión. se me hincharon los pies	Dolor en el pecho (...)	Cuando, uno siente mareos, dolor de cabeza fuerte, zumbido en los oídos (...) dolor en el brazo (señalando el izquierdo)	Mucho calor en la cara y dolor de cabeza fuerte, como martillazo (...) Me han dicho que puede haber un dolor de cabeza muy fuerte que hay que consultarlo por urgencias (...) que le piten los oídos, que si se viene la sangre por la nariz, sin haberme golpeado.	Cuando me están dando unas borracheras y se me va como el mundo me chillan los oídos.
<u>Identificación de personas con riesgo de adquirir la enfermedad</u>	Eso es mas que todo hereditario, pero también por condiciones de vida.	las personas robustas, que no caminan ni hacen ejercicio (...) también el estrés	Es por herencia.	El sedentarismo, la alimentación inadecuada, el estrés.	Jmm, no se

II. ACCIONES

	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
<u>Manejo de la enfermedad</u>	Tratar de estar baja de peso. Tomarse los medicamentos como son (...) hay que tomarlos a la hora que es e ir al medico Aprender a comer ¡porque uno no sabe comer!	Siempre hago la comida sin sal y cocino con aceite vegetal. Como mas frutas...yo me cuidó mucho de la grasa (...) Camino mucho, pero cuando camino mucho parezco una boba.	Tomarme los medicamentos que me manda el médico, juiciosamente, le rebaje a la sal (...) a las harinas y camino diario. Me sirvió mucho rebajar de peso. El médico me dijo que para que los medicamentos si no me servían para nada con ese peso.	Como muy simple de sal (...) poca grasa y evitar la comida chatarra.	Mi esposo y yo somos hipertensos, entonces hemos tenido que cambiar porque el estomago ya no aguanta comer frijoles, sancochos, marrano, las grasas (...) Claro que a veces si los fritos. ¡Yo controlo mucho la dieta! Las pastas siempre se me olvidan y me los tomo cuando me acuerdo.
<u>Control de síntomas y complicaciones</u>	La remolacha, bueno para controlar la presión y que en 24 horas se notaba el cambio... cuando siento maluquera me tomo la remolacha y si funciona (...) Obviamente sigo con los medicamentos porque uno	Algunas veces cocino plátano verde y me tomo el agua, también hago agua de cidra diaria (...) se toma en la mañana o por la tarde.	Creo que con lo que ya hago es suficiente.	Tomo mucho liquido, y avena para disminuir el colesterol y los triglicéridos. También el agua de cidra, según eso ayuda a orinar mas (...) entonces eso ayuda a disminuir la presión... otras que he escuchado es el	Que disque tomar mucha agua y bebiditas así (...) me han dado para tomar masitia para el azúcar, y para la presión las pastas.

	nunca sabe.			agua de las cascaras de mandarina (...) pero no lo he hecho.	
<u>Frecuencia del control médico</u>	El Dr Guevara me los pone cada 5 meses para el revisarme.	Yo voy a los controles mensuales y con el medico cuando tengo cita que es cada cuatro meses	Cada 3 meses	Cada 3 meses y pues (...) con ustedes cada mes. Eso si para que me tomen la presión y me prescriban los medicamentos.	Cada mes con ustedes, ahí en el carnet me lo apuntan.
<u>Registro de cifras tensionales</u>	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet
<u>Modificaciones en el estilo de vida: Alimentación</u>	Trato de evitar las grasas, no me gustan las cosas mantecosas, ni que esos frijoles que les echan como cucharadas de manteca (...) no me gusta la grasa, trato de evitar mucho la harina, ¡porque la harina si me encanta!, la he comido ¡pocon también! y eso si me encanta mucho la comida vegetariana	Cocino con aceite vegetal Como mas frutas...yo me cuidó mucho de la grasa (...)	Me sirvió mucho rebajar de peso, porque debido al peso mío, la medicina no me valía y la presión continuaba alta. Comer muchas verduras fruticas.	En la alimentación no fue mucho el cambio, porque crecí en una familia de hipertensos (...) entonces en la casa siempre supimos cual era la dieta de un hipertenso(...) entonces yo sabia que había que comer simple, poca grasa y ejercicio	Yo comía mucho chicharon, sancocho y revueltos ¡que ahora ya no! (...), por ahí un caldito de pollo con arepita migada. Deje de fumar...
<u>Ejercicio</u>	El deporte que no me falta, desde que tengo mucho conocimiento me encanta el ejercicio. Por lo regular la bicicleta, salgo casi todos los días un ratico ¡eso si es sagrado para mi!, y las caminatas por ahí cada ocho días.	Yo camino mucho todos los días, haciendo las vueltas para pagar el agua, a misa y así por todo el pueblo.	Salgo a caminar, que media hora o una horita (...)	Empecé a hacer ejercicio, montar bicicleta (...) aunque ahora muy poco.	Voy hace como 8 años todos los viernes a los ejercicios con Estelita al hospital.
<u>Hábito de fumar</u>	Nunca he fumado	En la mañana yo me tomo mi cafecito ¡eso, si! Y me prendo un cigarrillo, además (...) es lo primero que hago. El medico me dice que deje de fumar (...) ¡hay! (...) pero le he pedido	Nunca he fumado	A las medias nueves me tomo un tinto (...) tomo mucho tinto (...) ¡jaja(...) ¡es el único pecadito!. Si fumaba, pero poquito, tomaba cada 8 días...pero ya no fumo ni tomo	Yo fumaba hice el propósito y lo deje.

		mucho a mi Dios pero vea de 7 años a 68 hay mucho trecho y no puedo. Pero yo le digo al medico, que me ayude porque a voluntad mía yo no puedo.			
<u>Consumo de alcohol</u>	Lo hago, de pronto una o dos cervecita, un whisky, pero (...) es muy rara vez...de pronto por ahí cuando salgo. Pero, tengo entendido que una cerveza o un trago de algún licor es bueno para la presión (...) porque limpia las venas.	No consume alcohol	Digamos así en una reunión si me tomo unos traguitos (...) en fechas especiales.	Disminuí ciertos estilos de vida como lo era el licor.	¡Noo! yo no tomo nada
<u>Manejo de estrés</u>	No se estresa	Existe la preocupación porque tengo un hijo borracho y es muy perecoso.	Existe depresión y soledad por pérdida de mis dos hijos únicos.	Manejo mucho estrés, en la atención a la gente, por mi trabajo. Cuando tengo mucho trabajo, trato de manejarlo y relajarme.	Siempre hay preocupaciones con los hijos, los pienso mucho (...)

III. RECURSOS

	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5
<u>Apoyo de la Familia</u>	Ellos comen como yo haga (...) me han colaborado bastante, nunca me retacan por eso tan simple ¡oo! tráigame salecita, como en muchas veces que uno va a las casas y... ¡que oiga eso esta muy simple mija!, tráigame aquello (...) Y le alistan ahí el pote de sal (...)	Mi hijo no me ayuda, me trae preocupaciones	Mi esposo si me colabora, como yo cocino el come, a veces el le hecha su pizquita de sal (...) pero mis comidas yo las hago simplecitas.	Si, ellos saben que yo soy hipertensa, incluso la niña sabe ¡sabe que medicamentos tomo!, que es lo que me hace daño (...) porque los abuelos de lado y lado son hipertensos. Me preguntan si me he hecho tomar la presión, si me estoy tomando los medicamentos. Me dicen ¡no se coma eso que le hace daño!	Mis hijos vienen un momentico y vuelven y se van a trabajar.

<p><u>Información sobre la enfermedad</u></p>	<p>Me gusta leer mucho, sobre el tema (...) ver de pronto algún programa interesante sobre la salud, ¡a mi me encanta! Si uno va a los controles con el medico el le dice esta comiendo esto o lo otro (...) instruye mas en ese sentido.</p>	<p>Información en el control</p>	<p>El medico me ha dicho en el control</p>	<p>Si me parece que ha habido muy buena educación, me han dado formatos y volantes que explican lo de la hipertensión</p>	<p>Si todo, ¡que no me bañe con agua fría!, ¡que con agua caliente!, que no piense en muchas cosas.</p>
<p><u>Medios económicos</u></p>	<p>Pues no soy rica tampoco, pero si (...) le sale a uno trabajito</p>	<p>La situación es difícil, porque es lo que le dan los hijos</p>	<p>Si, menos mal cuento con la ayuda de mi esposo</p>	<p>Si gracias a Dios, yo trabajo, mi esposo trabaja con la alcaldía y el nos tiene aseguradas a mi hija y a mi (...) y como el carnet en el hospital cubre todo, los exámenes, las visitas con la nutricionista, toda la consulta médica y los medicamentos.</p>	<p>Acá vivimos del arriendo de tres viviendas,...) pero, en el hospital siempre me dan las pastas</p>

*E= Entrevistado

CATEGORIA DEDUCTIVA	FUENTES				
I. CONOCIMIENTOS					
	E.6	E.7	E.8	E.9	E.10
<u>Concepto de HTA</u>	Se que se cierran las venas, ya no corre la sangre normal, si no que las venas se van cerrando.	No sabe realmente	Que se empiezan como a tapar las venas (...), que como que la circulación de la sangre no es normal.	Pues es la subida de tensión (...) creo que es a la sangre, que no funciona bien el corazón.	Que se le engruesa la sangre a uno (...) Que es una enfermedad que hay que marcarle tarjeta con los medicamentos, yo trato lo más que puedo (...)
<u>Causas de la enfermedad</u>	El comer salado, no hacer ejercicio, eso fue lo que me dijo el medico. Exagerar en dulce y en sal	Yo digo que seria por la gripa (...) ¡tan fuerte que me cayo!, siempre que iba al hospital enferma, ¡tenia la presión alta!	Yo creo que fue el estrés, los nervios y muchas preocupaciones, tengo dos niños menor de edad, están estudiando (...) entonces después de la separación con mi esposo, vino muchas preocupaciones por los gastos y por cosas personales (...) tal vez eso fue.	Fue a partir de la infección urinaria que se me disparo la tensión	Sinceramente no se (...) ¡No se que me desencadeno esa vaina!
<u>Identificación de otras causas de la enfermedad</u>					
<u>Consecuencias de la enfermedad</u>	Infarto, por no seguir las indicaciones.	Un infarto (...)	Pues como siempre hemos escuchado, lo conlleve a un ataque cardiaco o a un (...) mm (...) derrame	uno esta propenso a que le de un derrame cerebral (...) o eso que le llaman trombosis (...) o de pronto un infarto al corazón, porque es lo mas probable	Trombosis, infarto (...) algo así, sufrir del corazón.
<u>Tratamiento que generalmente se le da a la HTA</u>			Primeramente, seguir en los controles; segundo, tomarse la droga, como tal se la ordenan y tomarse uno la tensión continuamente (...) lo básico ¡creo que es eso!	la droga a su debido tiempo (...) no suspenderla y ir al control	

<u>Síntomas para acudir al medico</u>	Que si uno, siente zumbido en los oídos	Estelita (...) ella dice que cuando uno siente mareos	Los dolores de cabeza continúan y demerol de fuerte	Cuando le duela muy fuerte la cabeza (...) o le den picadas	¡Uno como no le para muchas horas a lo que sienta! ni
II. ACCIONES					
	E.6 borracheras, inmediatamente venga, porque eso es señas de que la presión está alta. Primeras me dolía mucho la cabeza ahora con el medicamento eso ha cambiado (...) Y demas, que me ayudo con las ramitas	E.7 dolor de cabeza, ¡hay que ir al medico!	E.8 ¡porque si se esta tomando, la droga con juicio y sienta esos malestares	E.9 que tenga uno la presión ¡supromamente altísima!	E.10 con juicio.
<u>Manejo de la enfermedad</u>	Las personas que sufren mucho de depresión, por lo menos yo por herencia, porque mi mama hace muchos días sufre de la presión Me han dicho que para la presión ¡y lo he hecho!, es lo de la cascara de papa, cocinada, jugo de lima todas las mañanas, y agua de la hoja de cofrey. (...) y si me ha dado como resultado. ¡Las agüitas ayudan, no decir la curan!	Tomándome los medicamentos todos los días, no comiendo salado, no comer grasa, ¡uno se tiene que cuidar! Las personas que no se toman las pastas como las manda el medico (...) no se cuidan en las comidas (...) mucha sal. ¡Ahhh, nooo! (...) no he hecho nada (...), hay personas que toman ramas, ¡pero hasta ahora no!	El manejo ha sido la droga...porque es lo que el medico le aconseja a uno.	Tomándome la droguita ¡me he sentido mucho mejor! (...) y comiendo bajo de sal y mis fruticas (...), me ha cambiado mucho el estilo de vida y ¡me he sentido mejor!	Para mi personalmente (...) me es obligatorio lo de los medicamentos.
<u>Identificación de personas con riesgo de adquirir la enfermedad</u>			Pues las personas de la tercera edad, ¡las personas me imagino yo que viven con mayor preocupación!!! "en un medio ambiente de aceleración	Yo creo que el aumento de peso, o personas que vivimos estresadas, con muchos problemas (...) eso es lo mas primordial	No se (...)
<u>Control de síntomas y complicaciones</u>			No, solamente el manejo ha sido la droga...porque es lo que el medico le aconseja a uno.	Ahh (...) ¡no, eso si! he hecho el agua de la "llamada papa pobre o Guatila", y una pepita que se llama Rábano "una rojita", la corto en rodajas y hago el agua, me la tomo por las mañanas. Ahh (...) y también un secreto es tres ajos en la mañana, pero ese de vez en cuando. ¡Y he visto que si se me baja la presión!	¡Ahhh lo que le dicen por ahí, ciertas personas! (...) que agüita de cidra, que el puré de papa (...) bueno bebidas, por ahí de ramas.
<u>Frecuencia del control médico</u>	Cada tres meses, 3 o 4 veces al año y por supuesto con usted cada mes.	Cada 3 meses	Cada tres meses, ahí en el hospital con el doctor Guevara....y allá con el carnet voy a control con enfermería para que me tomen la tensión y me den la droga cada mes.	Cada tres meses tengo entendido que es control con el medico, ya ahora tuve la cita con Guevara.	Yo cada cuatro meses
<u>Registro de cifras tensionales</u>	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet	Se registran cada mes en el carnet

<u>Modificaciones en el estilo de vida:</u> <u>Alimentación</u>	Lo que ha cambiado únicamente no comer con exageración ni de dulce ni de sal, ni en grasa ni en harinas. ¡No aguantar hambre!, pero si comer con balance	La medica me dio una nota, poca sal, no grasa, (...) que comer verdura, fruta.	Lo único que ha cambiado, pero ni mucho, es en consumir menos sal, menos grasas, menos harinas (...) mm (...) verduras o frutas.	Como el medico me dijo que tenia que bajar mas de peso (...), antes, yo comía bien salado, las comidas eran ¡bien buenecitas de sal!, a mi no me gustaba nada asi simple, me gustaba comer harinas, pero cuando resulte con esta enfermedad yo le he bajado mucho a la grasa y a la sal Ha sido difícil, porque tengo gastritis y ¡cada ratico tengo que estar picando, cada ratico alguna cosita!	Mire yo...como lo menos que puedo de grasa, las harinas (...) jaja (...) bueno esas si se comen diario porque si yo no voy a comer harinas... entonces yo no podó comer pan, arepa, no podría comer plátano y entonces eso seria ¡una aguantadera de hambre tremendo!, y ¡a frutas! ¿Quién se sostiene a frutas? (...) jaja (...) o verduras (...) ¡y yo siempre como harinita!
<u>Ejercicio</u>	En el hospital con la terapeuta "Estelita", ejercicio cada ocho días, ejercicios de estiramiento y relajación para el estrés.	Y yo no me pierdo la gimnasia con Estela, hace cinco años voy a los ejercicios	Lo que recomienda el medico (...) caminar, salgo por y camino por el pueblo haciendo vueltas una o menos de una hora.	Después de que me diagnosticaron esta enfermedad "me he aplicado a caminar y trotar un poquito, pero despacio" y ¡no se imagina, me he sentido mejor!	Monto bicicleta (...) jaja (...) por ahí cada año
<u>Hábito de fumar</u>	No he fumado	No he fumado	Nunca he estado acostumbrada a fumar.	Yo nunca he fumado (...)	Yo nunca me he fumado un cigarrillo.
<u>Consumo de alcohol</u>	Un vino por ahí en diciembre, cuando llega navidad.	No toma alcohol	Nunca he estado acostumbrada a tomar alcohol (...) ni esos vicios.	Mas bien tomarme un traguito por ahí de vez en cuando (...) no muy seguido, por ahí cada mes, o cada dos meses (...) en la celebración de un cumpleaños	El licor de vez en cuando (...) mm (...) por ahí un motivo muy especial. ¡Pero se puede decir que yo nunca he tomado!
<u>Manejo de estrés</u>	El trabajo (...) eso me lo aumentaba por el ajeteo. Yo me retire de trabajar allá, para evitar el ajeteo (...) y al estabilizarme un poquito ya me siento mejor	No trato de no estresarme	Las preocupaciones y problemas que vinieron con la separación con mi esposo (...) eso me estreso. Le pido mucho a mi Dios para olvidar la separación con mi poso.	A veces si tengo preocupaciones, ¡yo me preocupo mucho por todo! Ahora yo trato de relajarme mucho, porque antes si yo no hacia los oficios ¡mejor dicho!	No me estreso

III. RECURSOS

	E.6	E.7	E.8	E.9	E.10
<u>Apoyo de la Familia</u>	Me ayudan, diciéndome de las agüitas, (...) de las harinas, ¿de que no consuma tanta grasa! Digamos, yo frito tajadas, y me dicen ¡mama recuerde que no debe comer tajadas fritas!	Todos comemos, mas bien simplecito, porque la sal siempre es dañina (...) y ya como se que soy hipertensa entonces hay que comer así.	Mi familia lo normal (...) me colaboran en eso en la comida que sea baja en sal, en grasa (...) comen lo que yo como.	Ayudándome, por lo menos a hacer los oficios, porque antes no me ayudaban a nada ¡a mi me daba mucha rabia!, ahora me colaboran (...) y también he puesto de mi parte para no ofenderme.	Si ellos están pendientes (...) me recuerdan las pastas
<u>Información sobre la enfermedad</u>	Hasta donde vamos, yo tengo claro lo que debo hacer, o no, (...), por ellos, por el medico y las enfermeras.	En el hospital, me dicen	Lo que escucha uno en el televisor, hay muy buenos programas (...) y en el medico	Claro que si, de las enfermeras, tan lindas que son, ellas me dicen y ¡gracias a Dios ahí vamos controlándola!	A! si, de pronto si, por ahí, lo que dice el medico.
<u>Medios económicos</u>	Yo trabajo por días. No me ha tocado comprar las pastas, pero yo creo que eso no vale mucho (...) y si me quedara sin salud, no se si podría pagar una consulta.	Ahh, mis hijos, ellos me ven enferma y me buscan medico.	Pues hasta el momento nunca me ha tocado comprar la droga, ¡gracias a Dios! , me los han dado allá y de mi familia para lo demás.	Pues si, ahora no me vale nada, pero si toca comprarla ¡toca! (...) tengo arrendados dos apartamentos y mi esposo trabaja y mi hija estudia, pero de alguna manera hacemos alcanzar la platica.	Los recursos económicos, son muy escasos yo trabajo (...) ¡pero usted sabe que para la salud, hay que hacer lo posible!, de alguna manera hay que reventar la droga (...) ¡o si no uno esta firmando la sentencia!, Ahh ¡eso si es de ahí!