

AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
PROGRAMA DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, INSTITUCIÓN  
HOSPITALARIA DE CUARTO NIVEL. BOGOTÁ, ENERO-MAYO DE 2008

EDNA FHERNANDA VÁSQUEZ PÉREZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ  
2008

AUTOCUIDADO PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
PROGRAMA DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, INSTITUCIÓN  
HOSPITALARIA DE CUARTO NIVEL. BOGOTÁ, ENERO-MAYO DE 2008

EDNA FHERNANDA VÁSQUEZ PÉREZ

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	8
1. JUSTIFICACIÓN Y SITUACIÓN PROBLEMA	
1.1 JUSTIFICACIÓN	10
1.2 PREGUNTA DEL ESTUDIO	15
1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	15
2. OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3. PROPÓSITOS	19
4. ESTADO DEL ARTE Y MARCO DE REFERENCIA	
4.1 ESTADO DEL ARTE	20
4.2 MARCO DE REFERENCIA	28
5. METODOLOGÍA	
5.1 TIPO DE ESTUDIO	40
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	42
5.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS	43
5.4 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	43
6. RESULTADOS	45

7. CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	86

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO 1: Identificación de las participantes.	86
ANEXO 2: Tópicos tratados en la entrevista	87
ANEXO 3: Consentimiento Informado	89
ANEXO 4: Síntesis de conocimientos, acciones y recursos en el Autocuidado de la hipertensión arterial.	90

## INTRODUCCIÓN

El autocuidado es considerado como todas 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).

En el caso de la hipertensión arterial, el autocuidado es importante, puesto que se requiere de prácticas adecuadas para evitar complicaciones y consecuencias de la enfermedad. De manera especial aquellas prácticas relacionadas con el estilo de vida, como la alimentación, el ejercicio y la actividad física, el manejo del estrés, entre otras: teniendo claro que complementan el tratamiento farmacológico de la enfermedad.

El presente trabajo se orientó a reconocer las prácticas de autocuidado para la HTA de un grupo de usuarios del servicio de ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá D.C. Éstas prácticas se consideraron en términos de los conocimientos, acciones y recursos de diez usuarias del mencionado servicio, con el fin de aportar información sobre las condiciones de auto-cuidado desde la perspectiva de las personas; lo cual favorece los procesos de inducción y acompañamiento en la atención integral para 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 auto cuidado de los participantes desde el momento del diagnóstico de la HTA.

Entre los resultados se encontró que a pesar de toda la información recibida por las participantes a través de diferentes fuentes, aún hay desconocimiento de la enfermedad. En relación con el manejo de la enfermedad se identificó que no todas las participantes llevan a cabo las prácticas que ellas mismas identifican como saludables, pues sus costumbres contrastan con ello a pesar de que cuentan con los recursos necesarios para tratar su enfermedad.

Finalmente, los resultados de este estudio serán un aporte significativo a los Programa de Promoción de la Salud en la institución hospitalaria de cuarto nivel de Bogotá, donde se realizó el proyecto, con el fin de hacer las modificaciones necesarias en dichos Programas para llenar los vacíos encontrados en sus usuarios.

## 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 morbilidad<sup>1</sup>.

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 1 billón en el mundo<sup>2</sup>. La prevalencia de la HTA en América Latina y el Caribe para el 2002, varía entre el 14 al 40% en las personas de 35 a 64 años, afectando a un total de 140.000.000 de personas<sup>1</sup>. Por lo tanto, la HTA afecta alrededor del 20 % de la población adulta a nivel mundial generando la mayoría de consultas y hospitalizaciones.

---

<sup>1</sup> 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>>

<sup>2</sup> 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>>.

La Encuesta Nacional de Salud en Colombia realizada entre 1977-1980, mostró una mayor prevalencia de HTA en Bogotá con predominio del sexo femenino en todas las zonas del país. Para el año de 1990. La enfermedad hipertensiva e infartos de miocardio representaron la primera causa de mortalidad general (22.3%). El Estudio Nacional de Salud (1970-1990), mostró una prevalencia del 11.6% en mayores de 15 años, lo cual significa que la población afectada superaba las 2.500.000 personas. 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. El DANE reportó alrededor del 26% de las defunciones totales para el año 2001 distribuidas en 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 ECV.

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; 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 alto<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Ibid., p. 4

El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, presentaron en el año 2002, los indicadores de morbilidad y mortalidad en la población colombiana encontrando que la enfermedad hipertensiva ocupó el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años (tasa de 242.6 por 100.000 habitantes). En Bogotá, según reportes de la Secretaria Distrital de Salud del año 2002 en el periodo 1998-1999, predominaron las patologías de origen isquémico, cardiocerebrovascular, pulmonar obstructivo crónico e hipertensivo. Para 1999, la tasa de mortalidad de esta última fue de 1.74 por 10.000 habitantes; los hombres presentaron mayor riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica y las mujeres por enfermedades hipertensivas y diabetes<sup>4</sup>.

Las Series Históricas de Salud en Santafé de Bogotá, D.C. en el período 1986-1996 mostraron que la morbilidad por HTA presentó un incremento progresivo a partir de la década de los noventa, especialmente en mayores de 60 años; encontrándose para el año 2004 dentro de las diez primeras causas así: en Candelaria, Barrios Unidos y Antonio Nariño, la Hipertensión arterial ocupaba el 3°, 5° y 6° puesto respectivamente, mientras que las localidades de Usaquen, San Cristóbal, Usme, Santafe, Tunjuelito, Kennedy, Fontibón, Suba, Los Martires, Puente Aranda y Rafael Uribe, ocupaban el 7 y 8 lugar y Bosa y Teusaquillo ocupaban el noveno lugar. En las localidades de Chapinero, Ciudad Bolívar y Sumapaz, la Hipertensión arterial no se encontraba dentro de las 10 primeras causas de mortalidad<sup>5</sup>. Con relación a la mortalidad, la enfermedad hipertensiva tuvo su mayor tasa en 1986 (1.81/10.000 personas), disminuyó en los dos años siguientes y se incrementó durante el resto del periodo.

Por otra parte, los estudios realizados sobre hipertensión arterial en los últimos 10 años y que se publicaron en las bases de datos PubMed, Scielo y Scirus,

---

<sup>4</sup> Ibid., p. 5

<sup>5</sup> SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, Boletín de estadísticas Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Jul-Dic 2005 No 5, ISSN 1794-1873.

permitieron establecer cuatro tendencias. La primera, sobre el manejo que se le da a la enfermedad, donde el tratamiento no farmacológico (ejercicio, dieta adecuada, no consumo de tabaco y alcohol y control del estrés), no es llevado a cabo por los pacientes hipertensos debido a que dependen de aspectos sociales, culturales y económicos; y además no existe adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que no hay la educación suficiente<sup>6</sup>. 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, esto relacionado al nivel económico y a la falta de conocimientos de la enfermedad<sup>7</sup>. La tercera tendencia, reúne estudios sobre el conocimiento que tienen los pacientes, en cuanto a definición, causas, consecuencias y control de la enfermedad.<sup>8</sup> Y la cuarta tendencia, hace referencia

---

<sup>6</sup> CIRES PUJOL, Miriam, 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](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](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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-0319.

<sup>7</sup> 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](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](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](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](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.

<sup>8</sup> 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 OLIVEIRA 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:

a la promoción de la salud a través de actividades educativas orientadas a prácticas de autocuidado en las personas<sup>9</sup>.

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 pretendió 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, 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.

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, sino que pretende que dicha información sea utilizada en los Programas de Promoción de la Salud del Departamento de Medicina Preventiva de una Institución de cuarto nivel en Bogotá, para dar cierta modificación positiva en los estilos de vida de las personas y en el manejo adecuado de su enfermedad, convirtiéndose éste estudio, de cierta forma, en una respuesta a muchas investigaciones que recomiendan mejorar y aumentar los Programas de Promoción de la salud

---

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](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.

<sup>9</sup> 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.

relacionados con la hipertensión arterial especialmente en nuestro país, donde la incidencia y prevalencia de la enfermedad es elevada y no hay mucha investigación al respecto.

Por último, 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 la Clínica Integral de prevención donde se realizó el presente estudio.

## 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 ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá en el período de enero-mayo 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 bienestar<sup>10</sup>. Por lo tanto, el término se refiere a las acciones que toman las personas en

---

<sup>10</sup> 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](http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html)>.

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 éste trabajo, el autocuidado fue visto desde tres aspectos tomados del modelo de Helen Erickson<sup>11</sup> 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 las 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 las 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 de salud holística”. Para efectos del presente trabajo se tuvieron en cuenta los recursos externos con que contaban las participantes, teniendo presente el apoyo familiar, las fuentes de información recibida acerca de la

---

<sup>11</sup> 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.

hipertensión arterial y los aspectos económicos con que contaban cada una de ellas.

### 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 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 hipertensos<sup>12</sup>.

### 1.3.3. Usuarios del Servicio de Ejercicio Supervisado de una Institución Hospitalaria de Cuarto Nivel en Bogotá.

Son las personas de cuarenta y cinco años y más con diagnóstico médico de hipertensión arterial que acuden al Servicio de Ejercicio Supervisado de una Institución Hospitalaria de Cuarto Nivel en Bogotá durante el período de enero-mayo de 2008.

---

<sup>12</sup>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>>.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo general

Reconocer las prácticas de autocuidado en relación con la hipertensión arterial de un grupo de usuarios del Servicio de Ejercicios Supervisado de una Institución de Cuarto Nivel en Bogotá en el período de enero-mayo de 2008.

### 2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar los conocimientos que tienen las personas en cuanto a las causas, el tratamiento y control de la hipertensión arterial.

2.2.2 Reconocer las acciones de autocuidado que llevan a cabo las personas para el manejo de la hipertensión arterial.

2.2.3 Reconocer los recursos disponibles con que cuenta cada persona para el manejo de la hipertensión arterial.

### 3. PROPÓSITOS

- Aportar información, desde los usuarios, a los Programas de Promoción de la Salud del Departamento de Medicina Preventiva de una Institución de Cuarto nivel en Bogotá, 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 sobre las prácticas de autocuidado relacionadas con hipertensión arterial, la cual está afectando en un alto porcentaje a la población local, nacional y mundial.

## 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 muchos pacientes no parecen percibir ni sentir los beneficios del tratamiento, ya que al no tener síntomas es más difícil controlar y complementar la medicación.<sup>13</sup> El 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

---

<sup>13</sup> TUESCA, Op. cit., p. 220-227.

enfermedades crónicas a parte 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, regionales, educacionales y en la calidad de vida.

Por su parte Cires, encontró que generalmente el tratamiento no farmacológico o higienico dietético, observó un ligero predominio de los hipertensos cumplidores del tratamiento farmacológico para controlar sus cifras tensionales. Aún cuando 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 arterial<sup>14</sup>, 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 a concientizar al paciente a reconocer su activa colaboración de su parte 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.

---

<sup>14</sup> CIREs, Op. cit., p. 337-343.

Por lo tanto, el volumen del ejercicio requerido para reducir la presión arterial puede ser relativamente pequeño.<sup>15</sup>

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 éste 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.<sup>16</sup>

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%), 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,

---

<sup>15</sup> MONTEIRO, Op. cit., p. 1-8.

<sup>16</sup> 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](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.<sup>17</sup>

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 de 24 a 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.<sup>18</sup>

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 de agencia para el autocuidado. 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 de autocuidado, habilidades (cognitivas, de

---

<sup>17</sup> 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](http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistematica_cis2001-1.html).

<sup>18</sup> VILLEGAS, Op. cit., p. 11-17.

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.<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup>

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

---

<sup>19</sup> RIVERA, Op. cit., p. 235-247.

<sup>20</sup> 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 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.<sup>21</sup>

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

---

<sup>21</sup> 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 creencias.

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 le permitieran modificar sus conductas o prácticas en salud.<sup>22</sup>

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, y 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 51.8% (46.4% en los hombres y 55.9% en las mujeres) y era más alto en el anciano con menos

---

<sup>22</sup> GONZALES, Op. cit., p. 1-8.

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.<sup>23</sup>

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 actitudes están ligados a las emociones junto con los problemas socio-económicos. Vivir en la pobreza interfiere con la posibilidad de un cambio conductual.<sup>24</sup>

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

---

<sup>23</sup> AMARAL, Op. cit. p. 285-294.

<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup>

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, 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 autoidado como una de las características fundamentales en Promoción de la Salud, el marco de referencia, dentro del cual se analizaran los resultados del presente trabajo, se enmarca en la relación de las creencias,

---

<sup>25</sup> PÉRES, Op. cit. p. 635-642.

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.

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 de estas personas relacionados con la hipertensión arterial, por lo tanto se considera pertinente considerar el autocuidado desde la Promoción de la Salud y 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 1986<sup>26</sup>, 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 y 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

---

<sup>26</sup> Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud, 17 de Noviembre de 1986. OMS, p. 367-372

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 y llevándolas a asumir la responsabilidad de su propio cuidado.

Siendo la Promoción de la Salud un medio que mejora la salud de las personas, 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 permita un empoderamiento de los individuos, en el manejo de esta enfermedad. Para ello estos elementos deben estar de acuerdo a sus condiciones sociales y culturales, por esto el presente trabajo de investigación aporta 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 1992<sup>27</sup>, 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.

---

<sup>27</sup> Declaración De La Conferencia Internacional De Promoción De La Salud, nueve al doce de noviembre de 1992. OMS. p. 373-377

De otra parte la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud realizada en 1993<sup>28</sup>, 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 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 2000<sup>29</sup>, 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

---

<sup>28</sup> OMS. Carta Del Caribe Para La Promoción De La Salud, primero al cuatro de junio de 1993., p. 378-382

<sup>29</sup> OMS. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud México cinco al nueve de Junio de 2000,

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 o autocuidado, mediante el desarrollo y la utilización de 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 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 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: 1) los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales y 2) la existencia de las paradojas comportamentales.<sup>30</sup>

Los comportamientos arraigados a la creencia y la existencia de paradojas comportamentales, son las dos premisas que interesa tratar en las prácticas de autocuidado para hipertensión arterial, basados en los planteamientos de De Roux G.<sup>31</sup>, 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.

---

<sup>30</sup>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.

<sup>31</sup> 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>>.

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 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 humano<sup>32</sup>.

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 y 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, porque no se presentan síntomas como dolor de cabeza, intranquilidad o insomnio; 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 cierta edad.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Ibid., p. 225

<sup>33</sup>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>>

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.

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 sexuales<sup>34</sup>.

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 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 para muchas cosas 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

---

<sup>34</sup> Ibid., p. 226

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.<sup>35</sup>

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

---

<sup>35</sup> COLLIERE MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993:385.

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.\* 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 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.

---

\* 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.

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 física<sup>37</sup>.

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.

---

37 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](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 el 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 para cuidarse que han implementado 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 del servicio de ejercicio supervisado de la Institución de cuarto nivel en Bogotá. Adicionalmente las prácticas de autocuidado fueron entendidas desde los conocimientos, recursos y acciones, que son producto de una interacción social y cultural.

La etnografía tiene como características significativas la naturaleza holística y contextual, el carácter reflexivo, el uso de datos Emic y Etic y el producto final, para el presente estudio éstas representaron la estrategia que dio información

verídica y entendible para el objeto de estudio. Retomando y ampliando las características distintivas de la etnografía y ampliando con el contexto a trabajado en el presente estudio, la observación jugó un papel importante, ya que se pudo combinar la participación de las personas que fueron estudiadas con la distancia profesional que se tuvo, lo cual permitió efectividad en la observación y el registro de datos, todo esto sin dejar de lado el contacto directo que se tuvo con las personas en dos visitas domiciliarias mediante dos entrevistas con cada una de ellas.

La etnografía en este estudio 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. Esta herramienta servirá en el diseño de los Programas de Promoción de la Salud del Departamento de Medicina Preventiva de una Institución de Cuarto nivel en Bogotá.

En la recolección y análisis de datos se siguió el proceso de análisis desde el principio de la recolección de datos y continuó a lo largo de todo el proceso de entrevista a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial y posteriormente durante el seguimiento en conocimientos, recursos y 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 por los participantes.

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 usuarias con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial, que asistieron al servicio de ejercicios supervisados de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá durante el período de enero-mayo de 2008. La selección de los participantes se hizo solicitando la colaboración voluntaria a cada una de las participantes durante la rutina en el lugar de ejercicios. La selección sólo fue posible después de lograr la aceptación y el compromiso de la comunidad estudiada.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> **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.

### 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 la aplicación del instrumento 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 cuarto nivel en Bogotá, 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 las diez participantes en hacer parte del estudio y manifestando sus datos personales para realizar las entrevistas en sus lugares de residencia (Ver anexo 1); y como segunda instancia se contactó por vía telefónica a cada una de ellas 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 Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación

en salud. Este proyecto apunta a proteger los derechos, bienestar y respetar la dignidad, 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 (Ver anexo 3).

## 6. RESULTADOS

El resumen y análisis de los resultados del presente trabajo se organizaron teniendo en cuenta los objetivos específicos, precedidos de la información general de las personas participantes. La información se resumió en cuadros y matrices que registran las categorías de tipo deductivo e inductivo. Se diseñaron tres matrices de acuerdo a los tres elementos componentes del auto cuidado según Helen Ericsson: los conocimientos de las personas acerca de su enfermedad, las acciones que llevaban a cabo para el manejo de ésta y los recursos con los que contaban para poder seguir recomendaciones. El anexo 4 recoge la síntesis de lo expresado por cada una de las entrevistadas.

### 6.1 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS PARTICIPANTES

La información sobre los participantes comprendió dos aspectos. El primero, hizo referencia a las características sociodemográficas de los participantes del estudio. El segundo, sobre las características clínicas relacionadas con la Hipertensión Arterial.

#### Características Sociodemográficas.

En el estudio participaron diez mujeres usuarias del servicio de ejercicios supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá, donde el promedio de asistencia fue de 6.5 años con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana. A las participantes se les pidió la colaboración de forma individual para la realización del estudio y se informó la metodología del estudio, indicando la

elaboración de la entrevista en dos ocasiones a través de visitas domiciliarias grabadas, previo consentimiento informado y con su participación voluntaria.

Tabla 1. Características sociodemográficas de un grupo de usuarios del servicio de ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá durante el período de enero-mayo de 2008.

Características Sociodemográficas	Nº
<i>Edad</i>	
$\bar{X}$ =	69.7 ± 7.98
DE=	7.98
R=	26 (55-81)
<i>Convivencia</i>	
Esposo	2
Hijos	2
Solo (a)	2
Otros	4
<i>Estado Conyugal*</i>	
Separado(a) Divorciado (a)	2
Viudo (a)	5
Casado (a)	3
<i>Nivel Educativo Alcanzado *</i>	
Primaria Incompleta	4
Primaria Completa	4
Bachillerato Incompleto	2
<i>Estratificación Socioeconómico**</i>	
2 (Bajo)	1
3 (Medio Bajo)	7
4 (Medio)	2

\* 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](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 7 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.dane.gov.co/files/dig/ley142\\_1994.pdf](http://www.dane.gov.co/files/dig/ley142_1994.pdf)>

Fuente: Entrevistas realizadas en el proyecto Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial, usuarias de un programa de actividad física del Hospital Universitario San Ignacio, julio 2007 – julio 2008

En la tabla 1 se relacionan las características generales de las participantes donde se observa que la edad varió en un amplio rango, desde 55 años hasta 81 años. La Mediana fue de 71,5 años, lo que indica que la mitad de las participantes se encontraron por encima de este valor, y la otra mitad por debajo. En cuanto a la convivencia de las entrevistadas, se estableció que dos viven solas y en la categoría, otros, en todo los casos correspondió a la convivencia con parientes en segundo y tercer grado de consanguinidad.

Una de las participantes además de vivir con su esposo, lo hace también con sus hijos y nietos. Referente a la escolaridad, las participantes que hicieron la primaria incompleta cursaron, entre 1º, 2º y 3º grado. En cuanto al bachillerato, los grados de mayor frecuencia fueron 6º y 9º. Respecto a la afiliación al Sistema General de seguridad social en salud, todas las participantes fueron beneficiarias de sus hijos en el régimen contributivo.

Características clínicas relacionadas con hipertensión arterial.

Las características consideradas fueron, el tiempo de diagnóstico de la HTA, las cifras de presión arterial, el Índice de Masa Corporal (IMC), el tratamiento farmacológico y la sintomatología experimentada antes y después del diagnóstico. Todos estos datos se recopilaron en la entrevista, incluyendo la primera y la segunda visita. Las cifras de presión arterial se obtuvieron en la toma que se realizó en la primera visita. En la tabla 2 se relacionan las características clínicas relacionadas con la hipertensión arterial.

Como se observa en la tabla 2, el tiempo de diagnóstico varía ampliamente, el menor tiempo fue 2 años y los mayores 48 años, siendo la Mediana 14 años, es decir, cinco participantes afrontan la HTA desde hace más de catorce años y las cinco restantes por debajo de este tiempo.

Tabla 2. Aspectos clínicos relacionados con hipertensión arterial de un grupo de usuarios del servicio de ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel en Bogotá en el período de enero-mayo de 2008.

Aspectos Clínicos de HTA	Nº
<i>Tiempo de Diagnóstico en años</i>	
$\bar{x}$ =	17.8 ± 14.4 años
DE=	14.4
R=	46 (2-48)
<i>Presión Arterial (mmHg)</i>	
<i>Sistólica</i>	
$\bar{x}$ =	117 ± 8.23
DE=	8.23
R=	20 (110-130)
<i>Diastólica</i>	
$\bar{x}$ =	72 ± 6.32
DE=	6.32
R=	20 (60-80)
<i>IMC*</i>	
Normopeso	3
Sobrepeso grado I	4
Obesidad tipo I	3
<i>Tratamiento Farmacológico</i>	
Hidroclorotiazida (Diurético)	4
Losartan (Inhibidor de la IECA)	3
Verapamilo (Antagonista del calcio)	3
Enalapril (inhibidor de la IECA)	5
Metoprolol (Betabloqueante)	2
Nifedipino (Antagonista del calcio)	1
Furosemida (Diurético)	1
<i>Síntomas</i>	
Ninguno	2
"Dolor de cabeza"	8
"Zumbido en los oídos"	3
Otros:	5

\*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/CálculodelIMC/tabid/177/Default.aspx>>

Fuente: Entrevistas realizadas en el proyecto Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial, usuarias de un programa de actividad física del Hospital Universitario San Ignacio, julio 2007 – julio 2008

El promedio la presión arterial fue de 117/70 mmHg<sup>39</sup> encontrándose este valor dentro de rangos considerados normales. La Mediana para la presión sistólica fue

<sup>39</sup> 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 8 Mayo 2008]. p. 1106. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>>.

de 115 mmHg, lo que indica que la mitad de las 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 70 mmHg, indicando que la mitad de las participantes tienen una presión diastólica por encima de este valor y la otra mitad por debajo. Respecto al Índice de Masa Corporal, se encontró normal en tres de las participantes y las siete restantes presentan sobrepeso.

Dentro del tratamiento farmacológico se identificaron siete medicamentos utilizados por las pacientes; el más usado según orden médica fue Enalapril y los menos formulados fueron el Nifedipino y la Furosemida. En cuanto a los efectos adversos producidos por los medicamentos las participantes, refirieron tos a causa del consumo de Captopril o Enalapril (n=5), mientras que el Nifedipino produjo alergia en una de ellas y las otras cuatro participantes no reportaron ningún efecto. Con relación a la frecuencia del consumo de los medicamentos de acuerdo a la orden médica, seis participantes tomaron el medicamento para HTA en la mañana y en la noche, las demás personas varían su consumo tomando, sólo en la mañana o sólo en la noche.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, ninguna de las participantes utilizó medicina alternativa. Sin embargo, a tres de ellas les gustaría para evitar el consumo de tantos medicamentos. Cuatro de las participantes, consideraron parte del tratamiento no farmacológico, como la disminución en el consumo de sal y de dulce. También, consideraron que “tranquilizarse” debe ser parte del manejo de la enfermedad. Solo tres personas manifestaron que el ejercicio es un complemento, las demás, no tienen claro que todas estas acciones en conjunto complementan el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

Finalmente, en cuanto a la sintomatología se indagó su presencia antes y después del diagnóstico médico; encontrándose 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, mareo y náuseas, oleadas de calor en la cara, visión borrosa, pérdida de la voz y epistaxis. Al indagar por los síntomas después del diagnóstico, se encontró que la cefalea fue el más común e incluso en las participantes que no presentaron síntomas antes del diagnóstico, el tinnitus y las oleadas de calor en la cara, estuvieron presentes.

## 6.2 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las prácticas de autocuidado relatadas por las participantes en el estudio fueron interpretadas teniendo en cuenta los tres elementos planteados por Helen Erickson, los cuales fueron aplicados a autocuidado para hipertensión arterial, estos son los conocimientos, las acciones y los recursos. Para resumir y presentar la información se sintetizaron las características inductivas a partir de los referidos por las entrevistadas, para ello se partió de las categorías deductivas, las cuales se pueden identificar claramente en las matrices, y en cada una de ellas se agruparon las respuestas similares de las diez entrevistadas generando así subgrupos de las mismas para finalmente dar nombre a la categoría inductiva. A continuación se relacionan los tres componentes.

### 6.2.1 CONOCIMIENTOS

Los conocimientos estuvieron centrados en la información que las participantes tenían de la enfermedad a partir del diagnóstico y está relacionado con las causas, consecuencias y personas en riesgo de adquirir la enfermedad (Véase matriz 1)

Matriz 1. Conocimientos de la enfermedad: categorías inductivas y deductivas del estudio: Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial, grupo de usuarios del servicio de ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel, Bogotá. enero-mayo de 2008

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORÍA INDUCTIVA
<i>Causas de la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues a mi me resultó después de que me operaron de la columna.</li> <li>- Después de que operaron de ovarios y matriz como a los 35 años. Me hicieron esas operaciones y de ahí para adelante quedé con la tensión alta.</li> <li>- Preeclampsia me dio, si señora cuando yo tuve a mi primera hija y así pues pasó con los otros.</li> </ul>	Causas por evento específico
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues tal vez alguna angustia, algún disgusto.</li> <li>- Yo creo que eso fue a raíz del 86, eso si lo tengo grabado, de unos problemas que tuve fue por eso.</li> <li>- La hipertensión realmente es una enfermedad silenciosa en la cual después de un momento a otro una soberbia o cualquier problemita que tenga uno puede quedar.</li> <li>- Pues eso dicen que las angustias, que pues eso no, los problemas y que uno sufra así interiormente, pues que eso le puede causar la hipertensión.</li> <li>- Es que con este estrés que se vive aquí en Bogotá quien no se vuelve hipertenso, en este momento todo el mundo es hipertenso.</li> </ul>	Manejo de situaciones difíciles
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es que mi mami es hipertensa entonces eso viene de, hereditaria ¡no!</li> <li>- Pues no sé si será por la edad o por la cosa de alimentación.</li> <li>- Pues dicen que la comida, que falta de ejercicios.</li> <li>- A bueno que si que ahora se dice que por las grasas, o por las comidas, por la alimentación.</li> <li>- Por no cuidarse en las comidas, por ejemplo como la sal no ve, ahí es donde viene el exceso, por ejemplo la sal, las harinas, las grasas y empieza uno a comer y todo eso le va alterando todo a uno y ahí también produce todo eso ¡no ve!</li> </ul>	Factores modificables y no modificables

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues no sé la verdad.</li> <li>- No, Si seguramente yo fui al médico y entonces ya él se dio cuenta que tenía hipertensión.</li> <li>- No puedo creer, nunca me he detenido a pensar en eso.</li> </ul>	Desconocimiento de su causa
<i>Consecuencias de la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un derrame, una trombosis pues si han comentado los médicos muchas cosas que pueden pasar.</li> <li>- Yo sé que le puede dar un infarto o trombosis, como se llame.</li> <li>- Si derrame cerebral, al corazón</li> <li>- Claro una trombosis, derrame cerebral, cualquier cosa de esas.</li> <li>- le toca tener cuidado a uno con los dulces, la sal, la azúcar y estar haciendo los ejercicios porque es donde vienen los derrames cerebrales, la que, como es que se llama la otra, donde queda uno medio lado paralitico, y la trombosis.</li> <li>- Si el corazón, los riñones porque se le sube los niveles de colesterol por los riñones, el daño de los riñones.</li> <li>- Si, que les da trombosis, que les da tantas cosas cuando la tensión se dispara demasiado.</li> </ul>	Daño en órganos vitales
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es que a mí se me olvida todo.</li> <li>- Eso si no lo sé</li> <li>- A pues yo no sé</li> </ul>	Desconocimiento de las consecuencias
<i>Personas con riesgo de adquirir la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando se come muy salado, cuando se esta todo el día sentadas, que no corran, que no hagan ejercicio, otra cosa que mucho dulce, entonces se ponen diabéticas, todo eso.</li> <li>- Las personas que no adquieren hábitos de buena vida, ni de comer ni de hacer ejercicio y esas cosas.</li> </ul>	Personas en riesgo con factores modificables
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues aquí de los hijos.</li> <li>- Por lo menos mi hija bien joven y ella también tuvo preeclampsia con la primera niña.</li> <li>- Pues según eso, que son personas de 50 años, no más.</li> <li>- Pues no sé, mis hijos no creo, mis hermanos somos los únicos que estamos así, mis hermanos (...) el segundo está con diálisis, el mayor esta enfermito también.</li> </ul>	Personas en riesgo con factores no modificables

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumm, yo de eso si no se.</li> <li>- No se me ocurre.</li> <li>- No, porque como por ejemplo se va al hospital y ve a los demás pacientes y como uno no puede preguntar que tiene, nadie dice nada, entonces uno no sabe quién tiene o no tiene.</li> <li>- Jumm, pues yo no sé.</li> </ul>	Desconocimiento de las personas en riesgo
--	--	---

Como se observa en la matriz 1, dentro de los conocimientos de la enfermedad se construyeron tres categorías deductivas asumidas bajo la denominación de las causas de la hipertensión arterial, las consecuencias y el conocimiento que tienen las participantes acerca de las personas que están en riesgo de adquirir la enfermedad.

En cuanto a las categorías inductivas para las causas de la enfermedad, se establecieron cuatro. La primera, se refiere a las causas por eventos específicos, es decir, cuando se atribuyó la causa de HTA a un evento en un momento de la vida (n=3) y a partir de ésta situación, se manifestó la enfermedad. Por ejemplo, las cirugías practicadas a dos participantes. Situación que podría explicarse por la naturaleza de la HTA de forma silenciosa<sup>40</sup> (que no se manifiesta con sintomatología en la mayoría de los casos), se diagnosticó de manera incidental durante la preparación para las cirugías, eventos cercanos al diagnóstico médico de la enfermedad. A diferencia de una participante que atribuye la causa de su enfermedad a pre-eclampsia en su primer embarazo.

La segunda categoría inductiva se refirió al manejo de situaciones difíciles, dos participantes atribuyeron la causa de su enfermedad a situaciones estresantes como “angustias” o “problemas”. Al respecto, se considera que la exposición al estrés crónico podría desempeñar un papel en este fenómeno. Sin embargo, el

---

<sup>40</sup> DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, Preguntas frecuentes acerca de las enfermedades cardíacas y cardiovasculares. [En línea]. nov. 2002, [citado 24 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: < <http://womenshealth.gov/espanol/preguntas/heartdis.htm>>

papel del estrés como causa de la hipertensión arterial se mantiene incierto debido a su dificultad para definirlo y cuantificarlo en su relación con la enfermedad<sup>41</sup>.

La tercera categoría inductiva fue denominada, factores modificables y no modificables, se encontró que tres de las participantes relacionaron la causa de su enfermedad a los antecedentes familiares porque varios parientes han tenido HTA. También, se consideró la inadecuada alimentación y la edad. Coincidiendo estos tres aspectos con lo reportado en la literatura científica. Se ha demostrado que los antecedentes familiares de HTA son un factor de riesgo para padecer la enfermedad, estimándose que la influencia genética en los valores de la presión arterial oscila entre el 20% y el 60%. En relación con la inadecuada alimentación, específicamente con la ingesta de sal, se ha encontrado que la diferencia en los niveles de presión arterial observada entre comunidades puede ser atribuida al consumo de sal en un 40 % aproximadamente;<sup>39</sup> la edad es otro factor que está asociado, porque la presión arterial, tiende a subir a medida que aumenta la edad, por ello los ancianos tienen más riesgo de desarrollar HTA<sup>42</sup>. En cuanto al desconocimiento de las causas de HTA, en dos de las participantes la enfermedad nunca se manifestó y fueron diagnosticadas en un control médico de rutina.

La segunda categoría deductiva se identificó con las consecuencias de la enfermedad que a su vez se subdividió en dos categorías inductivas. La primera, como el daño en órganos vitales, correspondiente a siete de las participantes, que identificaron la trombosis, el derrame cerebral, las afecciones en el corazón y en los riñones con las consecuencias de la enfermedad, siendo estas algunas de las

---

<sup>41</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía sobre el Diagnóstico y el Tratamiento de la Hipertensión Arterial en España 2002. [En línea]. mayo 2002, vol. 19, suppl.3 [citado 24 Mayo 2008]. p. 5. Disponible en la World Wide Web: < <http://www.seh-lilha.org/pdf/guiall.pdf>>

<sup>42</sup> GUÍA PRÁCTICA CONSUMER, La Hipertensión Arterial, Etiología y Epidemiología [En línea]. Disponible en la World Wide Web: < <http://saludydeporte.consumer.es/enfermedadydeporte/hipertension/index.html>>

lesiones orgánicas subclínicas determinantes del riesgo cardiovascular que trae consigo la enfermedad.<sup>43</sup> La segunda categoría inductiva es el desconocimiento de las consecuencias, donde se encontraron tres participantes. Este desconocimiento posiblemente asociado a las alteraciones de la memoria en edades avanzadas. Por ejemplo, cuando se indagó por las consecuencias una de ellas manifestó lo siguiente:

E1: “Es que a mí se me olvida todo, no de verdad a mi se me olvida, a mi me (...) pongo una olla a hacer mi almuerzo (...) porque yo cocino pa’ mi sola, mis hijas me llaman y me dicen (...) me van a hablar, me dicen ¿mamá no tiene nada en el fogón? No, porque se me olvida todo”

Esta expresión ilustra la falta de conocimiento sobre las consecuencias de su enfermedad se asocia o se ve influida por factores como la mala memoria, la cual es secundaria a la edad.

Dentro de la tercera categoría deductiva definida, como personas con riesgo de adquirir la enfermedad, se describieron tres categorías inductivas. La primera, se relacionó con factores no modificables de las personas con riesgo de adquirir la enfermedad, de acuerdo con lo referido por dos participantes que consideraron que las personas con inadecuada alimentación y sedentarias, están más propensas a adquirir la enfermedad. La falta de actividad física es un factor de riesgo, no sólo para la hipertensión arterial sino también para la obesidad, la diabetes entre otras enfermedades. Estudios poblacionales han descrito que el incremento de los niveles de actividad física regular es inversamente proporcional a la mortalidad cardiovascular en el largo plazo y la práctica de deportes de

---

<sup>43</sup> GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1122

intensidad moderada reduce el riesgo futuro de presentar HTA y de progresión de la misma, lo que ocasiona un efecto favorable en la mortalidad precoz.<sup>44</sup>

Existen otros factores que no pueden ser modificados por la persona y que están considerados dentro de la segunda categoría inductiva, en la cual cuatro de las participantes hacían referencia a la herencia y a la edad, factores que ya habían sido mencionados como causas de la enfermedad. A continuación se ilustran dos de estas afirmaciones:

E5: “Por lo menos mi hija bien joven y ella también tuvo preeclampsia con la primera niña, las dos niñas que tuvo y ella no puedo tener más, por eso por la preeclampsia, mejor dicho heredó lo mío, yo heredé de mi mamá, si mamá era hipertensa”

E6: “Pues según eso, que son personas de 50 años, no más”

Tanto los factores modificables como los no modificables mencionados por las participantes coincidieron con la literatura científica. Por su parte, cuatro entrevistadas no tenían conocimiento al respecto. A continuación se muestran la afirmaciones:

E1: “Jumm, yo de eso si no se porque francamente yo me cuido y no me he dado cuenta de los demás, yo les digo cuídense de la sal, no coman mucha sal, mucho dulce (...) y yo como voy es lo que me digan los médicos, me dicen no haga eso, no lo hago”

---

<sup>44</sup> GUÍA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA 2002, OP. CIT., p. 6

E2: “No, porque como por ejemplo se va al hospital y ve a los demás pacientes y como uno no puede preguntar que tiene, nadie dice nada, entonces uno no sabe quién tiene o no tiene”

Los conocimientos que relataron coincidieron con la literatura, a pesar de que cinco personas no tuvieron éste en forma suficiente. Por ejemplo, sabían las causas y consecuencias de la enfermedad, pero no identificaban las personas con riesgo de adquirirla. Estas apreciaciones pueden relacionarse con la edad de las entrevistadas porque a mayor edad los conocimientos fueron menos precisos y completos.

### 6.2.2 ACCIONES

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 y control de la enfermedad (Véase matriz 2).

Matriz 2. Acciones para el manejo de la enfermedad: categorías inductivas y deductivas del estudio: Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial. grupo de usuarios del servicio de ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel, Bogotá. enero-mayo de 2008.

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORÍA INDUCTIVA
<i>Estilos de vida Alimentación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajito, ya me enseñé, ya me estoy enseñando bien bajito, sin sal sin sal no, pa ´que voy a decir que la comida sin sal, sin sal si no.</li> <li>- Desde que la tensión me molestaba yo no puedo con un pasadito del sal, bajitico de sal como y dulce pues esas cosas de endulzar, tomo bastante agua y que más.</li> <li>- Pues yo he dejado un poco el dulce, lo único que bien dulce, el dulce de la pastillita de chocolate que trae el dulce que trae la pastilla</li> </ul>	Cantidad en el consumo de sal y dulce

	<p>de chocolate (...) me dicen que no coma mucha sal, que no coma salado, que coma más bien bajito de sal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuve una época que comía sin sal porque francamente le da a uno rebote, da como (...) siempre como bajo de sal, de grasas.</li> <li>- La alimentación pues eso si ya va en uno, comer bajito de sal y comer ojalá si uno puede sin dulce, y ahí hace ya mucho tiempo que hago eso.</li> <li>- Regular, regular porque realmente yo no puedo comer muy bajito de sal.</li> <li>- Pues la sal yo si soy buena de sal, pero entonces ahora resolví dejar la sal y la azúcar mejor dicho yo tomo el café a dulce corriente, pero ahora ya le quite más de media cucharadita a la azúcar que le echaba.</li> <li>- En cuanto a la alimentación como mucha fruta, mucha verdura, bajito de sal, bajito de azúcar</li> <li>-La comedera de sal, a mi me quitaron la sal, tengo que comer pero lo más bajito de sal, la azúcar no la puedo ver porque, no soy diabética gracias a Dios, pero yo como tantico, por ejemplo yo tomo jugo con azúcar y me empieza a dar la borrachera.</li> <li>- Ah eso si más bien comer bajito de sal, sin dulce porque diabética también.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo como un pedazo de papaya o una mandarina o naranja.</li> <li>- Primero que todo tomo fruta y jugo.</li> <li>- Y más bien comer verduras.</li> <li>- De pronto si una galleta o por la mañana una fruta (...) una sopa que va con todo, con todas las verduras por ejemplo alverja, zanahoria, habichuela, lechuga.</li> <li>- Ah frutas si, todas las que me den.</li> <li>- Pues todo lo más verduras y frutas.</li> <li>- A las medias nueves me como una fruta.</li> <li>- En cuanto a la alimentación como mucha fruta, mucha verdura.</li> <li>- Por ahí a las 10 de la mañana cuando me da hambre me como es una granadilla porque eso si a mi me gusta mucho la fruta, el pedazo de papaya, de patilla, las granadillas, ay eso es delicia para mi.</li> </ul>	Consumo de frutas y verduras
<i>Hábitos tóxicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Já, yo ya me acostumbré desde hace muchos años que yo sin el tinto no dormía.</li> <li>- Poco pero fumé y mi esposo toda la vida</li> </ul>	Consumo de café  Habitudo de fumar

	<p>hasta cuando se murió, entonces yo soy paciente crónica porque el fumó toda la vida y como yo estaba al lado de él.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo fumaba desde cuando estaba soltera y hará qué (...) hace más de 5 años que deje de fumar (...) todas las noches me fumaba un cigarrillo.</li> <li>- En una ocasión fumé, fue hace mucho rato fue como en el 72 que mi papá murió entonces pues como depresión, me dio por fumar, pues no así que abrupto o que, no pero yo jamás, jamás volví yo a eso.</li> <li>- Si, fumé, fumé, no ahorita es peligroso para mi (...) no fumaba diario era en reuniones, yo nunca fumé así que eso, ¡no!</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si tomé pero no así de emborracharse uno, no, sino una copa así como familiar.</li> <li>- Rara vez un vinito cualquier cosita, pero así que tome no, por ahí en una reunión me tomo un vinito, un whiskicito.</li> <li>- Pa' los diciembres los vinitos, pero un vino suave me gustan.</li> </ul>	<p>Consumo social de alcohol</p>
<p><i>Manejo del estrés</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues cuando tengo así como cólera o mal genio o que algo, esté lloviendo y sienta tronar ahí es cuando se me sube la tensión, o un afán que me dé.</li> <li>- Si, yo soy demasiado nerviosa. Yo soy viuda hace ocho años, tengo tres hijos, mis hijos hombre siempre me dan problemas, entonces yo me afo no mucho.</li> <li>- Estar uno sereno será, si porque un médico si me curó en eso, porque sufría mucho de los nervios.</li> <li>- Yo siempre permanecía con angustia porque el tiempo siempre era para mi corto como digo ve, de trabajar, salir por todo lo de la casa aquí, médico, cita aquí con uno con otro.</li> <li>-Para manejar mi enfermedad pues tener mucha cuenta cuando uno va a tener un mal genio o esto, porque ahí se le dispara a uno o que tenga uno mucha pensadera, que tenga problema, uno se pone a pensar, le duele a uno bastante la cabeza.</li> <li>- Si, he tenido problemas.</li> <li>-Por estrés seguramente es que acá en Bogotá se estresa uno de tanta cosa entonces seguramente por eso.</li> <li>- El dolor de cabeza me da es cuando tengo malgenio.</li> <li>- Siii, eso uno tiene que ser tranquilo porque como dicen ellos, mami no te desesperes porque con eso no sacas nada, porque se te</li> </ul>	<p>Motivos del aumento de la presión arterial</p>

	<p>sube la tensión, se te sube el azúcar.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomo agua, salgo a caminar y ahí después me pasa.</li> <li>-Mi hija me dice contrólese, no se ponga a ponerle cuidado a esos problemas de eso muchacho porque se pone así además trate de controlase, tratar de olvidar que eso se va a arreglar (...) y yo oro mucho.</li> <li>- Tranquilizarme y aceptar el consejo.</li> <li>- No, pues para mí lo mismo, levantarme y hacer las cosas volada ve, para salir al trabajo y llegar volada a seguir o lavando o aplanchando para el otro día.</li> <li>- Para manejarla así como dice el dicho, evitar uno eso, evitar porque uno sabe que si no por ahí queda tieso, queda en una silla de ruedas, entonces saber manejar cuando uno se va a sulfurar también tener en cuenta eso porque ya me ha pasado.</li> <li>-No, pedirle Dios que me valor y resignación porque no se puede hacer más nada.</li> <li>-Haciendo conciencia de que uno no saca nada bueno, sino lo contrario, lo malo.</li> <li>- Cuando me hacen tener rabia o por alguna cosita que tenga yo siento que la cabeza se me estalla y yo voy rápido y me tomo el acetaminofén.</li> <li>- Pero problemas así, ay yo le pido a mi Dios que me ayude.</li> </ul>	<hr/> <p>Acciones para controlar situaciones difíciles</p>
<p><i>Actividad y ejercicio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El ejercicio, que eso aquí es muy bueno para el ejercicio, yo estoy bien desde que estoy viniendo hace ya siete años, estoy así</li> <li>- Hace rato, como cinco años</li> <li>- Al gimnasio también hace ratico que estoy yendo, hace como unos quince años.</li> <li>- A no, el ejercicio toda la vida, toda la vida lo he hecho y aún todavía, eso sí en la mañana le hago todo lo que quiera en la mañana, ya por la tarde ya no haga nada (...) la rutina la hago hace diez años.</li> <li>- El ejercicio estoy yendo dos veces por semana, martes y jueves (...) diez años, si señora.</li> <li>- Bueno yo hace tres años que estoy yendo al gimnasio.</li> <li>- A eso si el ejercicio yo voy a hacer terapia dos veces a la semana al hospital San Ignacio (...)Hace más de un año, si más de un año.</li> <li>- Desde que estoy en el gimnasio hace seis años.</li> <li>- Yo estoy yendo hace seis años al gimnasio.</li> <li>- Como diez años, desde que estaba en el</li> </ul>	<p>Tiempo de ejercicio</p>

	<p>primer piso el hospital, luego al sexto y del sexto nos mandaron para el centro deportivo.</p> <hr/> <p>-Camino una hora media hora por allá lejos.  - Pues antes si dedicaba la media hora, francamente dedicaba la media hora, me convidaba una vecina pero desde que ella se fue dejé de salir a caminar, entonces cuando se me ofrece por ejemplo ir al Restrepo, yo me voy a pié y me vengo a pié.  -Yo camino como un cuarto de hora de para allá porque voy todos los días a misa también ve, entonces siempre la iglesia queda lejos, arriba, entonces siempre es un cuarto para allá y otro cuarto para acá o hay veces voy a caminar.  - Claro a mi me gusta caminar bastante, yo los domingos no paro acá.  - Por ejemplo ayer que era domingo nos fuimos por allá hasta Galerías y nos vinimos caminado todo eso hasta acá.  - Pues es que yo camino, tengo que ir a llevar al niño como 6 cuadras arriba y bajar, hacer los mandados, que más y cuando me voy a terapia, caminar allá tengo que caminar un montón también.  - Yo camino mucho, mucho, mucho, vamos allá a una finquita que tenemos en Villa de Leiva y allá camino como una loca y aquí también en Bogotá yo camino mucho.  - Después de que hago todos los oficios me voy a caminar.  -Voy a caminar y de resto en el gimnasio.</p>	<hr/> <p>Complemento del ejercicio</p>
<p><i>Tratamiento y control Adherencia al tratamiento farmacológico</i></p>	<p>- Eso a mi no hay necesidad que me lo están diciendo (...) yo si no pierdo ni una pastilla.  -Para estar conmigo de que ellos me obliguen a tomarme la droga, no señora porque si la droga me la dan es para mi salud, es para mi misma, yo no tengo necesidad de que nadie me diga mamá se tomó los remedios, tómese los remedios, yo me los tomo por mi voluntad y por el bien de mi misma.  -Es que las tengo ya comenzadas sino que pa' mostrarle estas, éstas las tengo en la cocina para que no se me olvide, entonces cada rato estoy en la cocina entonces las veo ahí y las dejo encima de la estufa para acordarme.  - Me tengo que tomar por que si no usted sabe que yo misma me echo a perder si no tomo la droga.  - Juiciosísima, juiciosísima, eso si con mis medicamentos soy muy juiciosa.</p>	<p>Cumplimiento en el consumo de los medicamentos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las pastas si, ah pero eso si yo nunca se me olvida, nunca (...) pa´ donde sea a mi me gusta cargar el paquetico, uno nunca sabe yo llevo mis pastas porque yo nunca las dejo.</li> </ul>	
<i>Manejo de síntomas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mi dieron una pastilla para el dolor de cabeza.</li> <li>-Pues hay veces que tomo acetaminofén que es lo único que puedo tomar para cualquier dolor o cualquier cosa.</li> <li>- Cuando me hacen tener rabia o por alguna cosita que tenga yo siento que la cabeza se me estalla y yo voy rápido y me tomo el acetaminofén.</li> <li>- Me tomo un Verapamilo, que el Verapamilo si me sube la tensión me la controla, si yo mantengo Verapamilo suficiente para cualquier cosa.</li> </ul>	<p>Acciones farmacológicas</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A veces yo la controlo tomando un agua con limón y estar uno como aplacarse uno y no tener la cólera, si calmarse uno bastante, es lo que yo más hago en ese momento.</li> <li>-Pues si me duele mucho (...) mejor dicho a mi pastilla no me gusta tomar para la cabeza porque como tengo tanta pastilla para tomar, entonces por ejemplo me echo alcohol, me echo el alcohol, me lavo en alcohol y a veces me pasa.</li> <li>- Me tranquilizo, me siento, me calmo, si estoy nerviosa</li> <li>-No porque resulta que no puedo tomar droga sin ser formulada porque la otra vez, eso hace rato, me tomé un Dolex y no sé si sería que estaba pasado o sería que me hizo daño porque si, porque me broté y me sentí maluca.</li> </ul>	<p>Acciones no farmacológicas</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No síntomas no me dio, la tensión alta cuando iba al médico, no más.</li> <li>- Porque como nunca me ha pasado no sé que hacer, pues me llevarán a urgencias será</li> </ul>	<p>Ausencia de síntomas</p>
<i>Frecuencia del control médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es que yo tengo cita cada mes.</li> <li>- Cada dos meses, hay veces hasta cada tres meses.</li> <li>- Ahoritica tuve al mes y por lo regular siempre cada tres meses.</li> </ul>	<p>Asistencia a control médico según necesidad</p>
<i>Registro de cifras tensionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí señora, todo me llevan controlado.</li> <li>- Éste es de este año (La participante lleva registro en un cuaderno que le exige el gimnasio)</li> </ul>	<p>Registra sus cifras tensionales</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A veces, si una vez el doctor me puso eso cuando tenía la tensión alta, alta, alta, bajaba, subía entonces el me dijo va anotando todos los días (...)y entonces ahora está normal y entonces creo que no hay necesidad.</li> <li>- Las llevaba antes, por ahí llevo unos apuntes de hace como que (...) Porque no me lo han exigido porque eso me lo pidieron fue cuando yo llegaba al gimnasio la tensión alta y como ahí creo que en el gimnasio le pasan también la bola al médico que lo está a uno viendo, entonces ya no hay necesidad, yo no he tenido necesidad de anotarla.</li> <li>- Si lo lleve al principio si no es que se me acabó y quedó así porque no tengo memoria y qué hizo la vez pasada, no me cuesta trabajo acordarme (...)Tal vez pereza.</li> <li>- Los primeros meses si lo llevé pero dejé de llevarlo porque yo pues me grabo todo eso en la cabeza pues pa'que me tengo que la doctora allá los escribe (...)yo no tengo ese cuadernito porque yo no lo volví a llevar porque no hay necesidad porque yo sé cuales son los reglamentos de uno.</li> <li>- No, porque allá la tienen toda en una historia, yo llevé al principio el cuaderno pues yo 130/80 110 así y palpitaciones 60, 70, 90</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No yo no las anoto, de pronto me preguntan allá en ejercicios y les digo están, bien, están bien.</li> <li>- Yo no lo llevo porque es la inquietud de que yo soy muy esquiva de estar ahí escriba y escriba, entonces yo lo llevo en la cabeza.</li> <li>- No, a mi nunca me han dicho que anote la tensión, pues yo me entero porque la (...) allá le dice a fulana tiene 120/70-90</li> </ul>	<p>Registró sus cifras tensionales</p> <hr/> <p>Nunca registra sus cifras tensionales</p>
--	--	---

Como se observa en la matriz 2 para el manejo de la HTA, se tomaron dos características deductivas: los estilos de vida y el tratamiento/control de la enfermedad, que a su vez contiene en cada una de ellas categorías específicas. Dentro de la primera categoría, se encuentra la alimentación, con dos categorías inductivas, “cantidad en el consumo de sal” y “cantidad en el consumo de dulce“, sobre las cuales todas las entrevistadas afirmaron su disminución. Sin embargo, dos personas afirmaron que no es agradable comer los alimentos sin sal. A continuación se ilustran estas afirmaciones:

E1: “Bajito, ya me enseñé, ya me estoy enseñando bien bajito, sin sal sin sal no, pa ´ que voy a decir que la comida sin sal sin sal si no, nadie se la pasa, feo, feo, será alguno que se esté muriendo que se la come, yo no, pero ahí a medio sal, bien bajito de sal, ya estoy enseñada”

E3: “Pues si les pongo sal, porque sin sal eso quien se come esos alimentos sin sal”

Lo anterior está relacionado con los hábitos a lo largo de su vida, siendo difíciles las modificaciones de este tipo. Sin embargo, como se afirmó anteriormente, todas han disminuido el consumo de sal y de dulce, lo que es benéfico para el manejo de la enfermedad. Al respecto, se han realizados ensayos aleatorizados y controlados en pacientes Hipertensos que indican que la reducción del aporte de sodio en 80–100 mmol (4,7–5,8 g de cloruro sódico) al día partiendo de un aporte inicial de unos 180 mmol (10,5 g de cloruro sódico) diario, disminuye la presión arterial en una media de 4–6 mm Hg , aunque con una notable variabilidad interindividual. Es posible que la restricción del sodio ejerza un mayor efecto antihipertensivo en caso de combinarse con otros consejos nutricionales y que permita reducir las dosis y el número de antihipertensivos empleados para controlar la presión arterial.<sup>45</sup>

La segunda categoría inductiva, fue el consumo de frutas y verduras en donde todas las pacientes refieren un elevado consumo y gusto por ello, esto también hace parte del manejo de su enfermedad y es benéfico pues según la literatura, durante 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

---

<sup>45</sup> GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1143

alimentario, así como de grasas saturadas y totales) también ejercen efectos hipotensores, por lo tanto, como medida general, se aconsejará a los hipertensos que ingieran más frutas y verduras (4–5 raciones o 300 gramos de verduras al día).<sup>46</sup>

En cuanto a los hábitos tóxicos se tuvieron en cuenta tres categorías inductivas. La primera de ellas, fue el consumo de café, en donde sólo una paciente refirió su consumo, e incluso la adicción que tiene a éste. A continuación se ilustra esta afirmación:

E1: “Já, yo ya me acostumbré desde hace muchos años que yo sin el tinto no dormía”

En cuanto al consumo de café, es cierto que la cafeína produce efectos negativos en la salud de las personas, pero aún no es clara su relación con el aumento de las cifras tensionales, sin embargo se recomienda disminuir y evitar su consumo.

La segunda categoría inductiva, fue el hábito de fumar, donde se encontró que cinco de las participantes fumaron, pero cuatro de ellas refirieron que su consumo no fue duradero en el tiempo ni tampoco en frecuencia y número. Sin embargo, el cigarrillo podría producir elevación de la presión arterial mediado por aumento del tono adrenérgico, aunque no hay demostraciones fehacientes al respecto, sí es claro que el tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular, lo que agrava la situación del paciente con HTA, por lo que se debe desaconsejar este vicio. Los fumadores frecuentes tienen elevación de la presión arterial, como queda claro

---

<sup>46</sup> Ibid., p. 1143-1144

cuando se realiza monitoreo de presión arterial de 24 horas, presumiblemente por el aumento de la nicotina, entre otros factores.<sup>47</sup>

EL consumo social de alcohol fue la tercera categoría inductiva, donde se encontró que seis de las pacientes consumieron alcohol pero sólo en eventos de tipo social, por lo tanto la ingesta era mínima, sin embargo, hay que tener en cuenta que el consumo de este es perjudicial en cualquiera de sus formas y cantidades, ya que según la literatura, estudios de intervención han mostrado aumentos agudos de la presión en pacientes que beben los fines de semana, pero más en aquellos que lo hacen en forma habitual, además de inducir espasmos en las arterias cerebrales y arritmias ventriculares y supraventriculares.<sup>45</sup>

Las tres categorías definidas dentro de los hábitos tóxicos son realmente perjudiciales para las participantes y en general para las personas hipertensas y de cierta forma, aunque no haya sido elevado el consumo ni actualmente lo hagan, pudieron haber contribuido a la causa de la enfermedad.

Dentro del manejo del estrés se encuentran dos categorías inductivas. La primera, el motivo del aumento de la presión arterial en donde nueve de las participantes hace referencia a que se les aumenta la presión cuando tienen “mal genio”, “angustia”, “disgusto”, “nervios” y “dolor de cabeza” a causa del estrés, lo que puede ser posible, pero dudoso 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. A continuación se ilustra esta afirmación:

---

<sup>47</sup> SAIEH A., Carlos. Hipertensión Arterial: Tratamiento No Farmacológico: Estilos de Vida Saludables. . *Revista Médica* [En línea]. abril 2005, vol. 16, no. 2 [citado 24 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.clinicalascondes.cl/Area\\_Academica/Revista\\_Medica\\_Abril\\_2005/articulo\\_007.htm](http://www.clinicalascondes.cl/Area_Academica/Revista_Medica_Abril_2005/articulo_007.htm) >.

E5: “Si hay veces me tomo cuando me siento con mucho dolor de cabeza entonces me asusto toda y digo yo eso va a ser la tensión y hay veces no es”

La segunda categoría inductiva son las acciones para controlar situaciones difíciles, donde se encontró que las participantes recurrían a tranquilizarse, tomar agua, caminar, evitar problemas e incluso tomar el acetaminofén cuando se presentaba la cefalea. Todas estas acciones son relevantes pues es de vital importancia controlar las situaciones que causan un descontrol en la parte emocional de la persona y por ende en su salud en general, no sólo para el posible aumento de la presión arterial sino otras dimensiones como la psicológica.

La cuarta categoría deductiva es la actividad y ejercicio que realizan las participantes del estudio. Dentro de esta categoría se tienen en cuenta dos categorías inductivas, la primera es el tiempo de ejercicio, donde se encontró que la mayoría de las participantes tienen un promedio 7.3 años en donde la participante con mayor tiempo lleva 15 años y la de menor tiempo lleva un año. En cuanto a la segunda categoría inductiva denominada complemento del ejercicio, se hace referencia a las actividades complementarias que realizan las participantes, encontrándose que la mayoría de ellas caminan durante determinado tiempo, entre media hora y más, o largas distancias según refieren, lo cual ven como beneficioso. Tanto el ejercicio que realizan en el Servicio y la actividad física que hacen extra, es importante y preciso en el manejo de la enfermedad, ya que el ejercicio en grados moderados reduce la presión arterial y disminuye el peso corporal, la grasa corporal y el perímetro de la cintura.<sup>48</sup> Sin embargo y a pesar que las participantes mantienen una frecuencia y una

---

<sup>48</sup> GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1144

intensidad horaria en el gimnasio, caminan constantemente y llevan una alimentación sana, se encuentra que la mayoría de ellas está por encima de los valores del IMC, es decir están con sobrepeso e incluso con obesidad. Al indagar por el beneficio que les ha traído el ejercicio, todas afirmaron que esto ha sido positivo, e incluso se indagó por su peso en relación con éste a lo que contestaron como algo inestable. A continuación se ilustra esta afirmación:

E5: “Yo parezco un yoyo, hay veces bajo y hay veces subo, claro que yo también estoy en la nutricionista”

E6: “Pues bajé pero entonces el descuido mío he vuelto a subir”

La segunda característica deductiva es el tratamiento y control de la enfermedad, la cual contiene a su vez categorías específicas como se mencionó al inicio, la primera de estas categorías deductivas es la adherencia al tratamiento farmacológico, de donde sólo se obtuvo una categoría inductiva denominada cumplimiento en el consumo de los medicamentos, debido a que todas las participantes refirieron ser cumplidas y constantes en el consumo de sus medicamentos, teniendo en cuenta tanto la frecuencia como la cantidad de estos. Se encontró que las participantes tienen formulados entre cinco y doce medicamentos y aún así los toman sin reparo. A continuación se ilustra:

E1: “Ah yo si porque tengo en el tocador tres cajones, éste es pa’ los chércheres, éste también, y aquí este cajón lo tengo especial en orden para los remedios, si porque hasta mis hijas se aterran, dicen ay mi mamá si tiene cuidado con sus remedios y yo no los confundo ni nada, si yo hay los tengo, los viera porque el viera el cajón como lo tengo”

Sin embargo al indagar por la medicina alternativa, algunas de las participantes refirieron que les gustaría probarla para evitar consumir tantos medicamentos. A continuación se muestran estas afirmaciones:

E5: “Pues por alguna parte si quisiera yo porque es que yo tomo bastante pasta, estoy tomando como unas doce pastas y hay veces le alborotan por lo menos a mi la úlcera (...) y mis hijos me dijeron que porque no iba a una de esas alternativas que para que dejara de tomar tanta pasta para ver si de pronto yo me dejaba de tomar todas esas pastas, entonces yo le dije si mi hijo pero no ve que todo eso vale plata”

E9: “No, pero si lo he pensando ir por fuera porque la verdad por Compensar yo voy siempre particular con el doctor Juan Carlos que es el que siempre me da toda esa droga, ay doctor Juan Carlos pero yo veo que esas pastas ya no me hacen, él siempre me dice sígala tomando”

La segunda categoría deductiva dentro de la categoría de tratamiento y control es el manejo de síntomas que a su vez comprende tres categorías inductivas, la primera de ellas son las acciones farmacológicas que llevan a cabo cuatro de las participantes cuando presentan cefalea, aumento de la tensión o cualquier otro síntoma. Por ejemplo el consumo de acetaminofén es lo más común para el manejo de síntomas y es lo adecuado porque es uno de los medicamentos recomendados ya que se encuentra en las fórmulas médicas de las participantes, además el uso de este medicamento está recomendado para la cefalea por tensión.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> PARMET, Sharon. Cefalea. *Revista de Asociación Médica Americana*. [En línea]. mayo 2006, vol. 295, no. 19 [citado 24 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/data/295/19/2320/DC1/1> >

Pero otras cuatro participantes prefieren evitar el consumo de más medicamentos y llevan a cabo acciones no farmacológicas, como se denominó a la segunda categoría inductiva, en donde se encontró que toman agua con limón, se aplican alcohol, se tranquilizan e incluso no hacen nada para evitar complicaciones posteriores. Estas acciones vienen dadas por las creencias culturales que tienen las participantes y ello hace que tengan un efecto positivo, es decir, que les funcionan así no sean adecuadas o no tengan un sustento científico. La tercera categoría inductiva es la ausencia de síntomas, donde las dos pacientes restantes hacen parte de este subgrupo.

La frecuencia del control médico es la tercera categoría deductiva, la mayoría de las participantes asisten cada tres meses y según refieren esto puede variar dependiendo de circunstancias como la entrega de exámenes o complicaciones por cualquier motivo.

La última característica deductiva es el registro de cifras tensionales en la que se incluyeron tres categorías inductivas. La primera, es el registro de las cifras tensionales, donde se encontró que sólo dos de las participantes llevan un registro de sus cifras anotadas en una libreta, la segunda hace referencia a quienes registraron en alguna ocasión las cifras, en donde se encontraron cinco de las participantes, quienes refirieron que dejaron de hacerlo porque no ven la necesidad, pues conocen cuanto manejan de presión arterial y porque además están controladas. Y la tercera categoría se refiere a quienes nunca han llevado un registro, grupo en el cual se ubicaron las dos pacientes restantes. Llevar un registro de las cifras de presión arterial es importante para que las participantes y en general los pacientes con hipertensión arterial sepan en qué estado se encuentran y qué hacer en caso de alguna complicación, sobre todo aquellas participantes que por su avanzada edad no recuerdan o no saben cómo es el manejo de su enfermedad.

En general, las acciones llevadas a cabo por las participantes para el manejo de su enfermedad son adecuadas y congruentes con la literatura, sin embargo hay que resaltar dos aspectos importantes, el primero es que las participantes no tienen claro que las acciones no farmacológicas como la alimentación adecuada, el manejo del estrés y el ejercicio son un complemento del tratamiento con los medicamentos y el segundo está relacionado con el ejercicio y la actividad física, mencionado arriba, donde las participantes no han tenido beneficio con respecto al peso, algo que las puede afectar, ya que según evidencias importantes procedentes de estudios observacionales indican que el peso corporal se relaciona directamente con la presión arterial y que el exceso de grasa corporal predispone a un aumento de la presión arterial y a hipertensión<sup>50</sup>.

### 6.2.3 RECURSOS

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

---

<sup>50</sup> GUÍA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OP. CIT., p. 1144

Matriz 3. Recursos en el manejo de la enfermedad: categorías inductivas y deductivas del estudio: Autocuidado para el manejo de hipertensión arterial, grupo de usuarios del servicio de ejercicio supervisado de una institución hospitalaria de cuarto nivel, Bogotá. enero-mayo de 2008.

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORÍA INDUCTIVA
<i>Apoyo de la familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si ellos me llaman por la noche o al medio día cuando estoy, eso si ellos están pendientes porque son cinco hijos (...) Pues sí eso sí, ellos me preguntan que remedios me estoy tomando, les muestro la formula y todo.</li> <li>- Si Martha, muy pendiente, a ella no le gusta que salga sola, porque las piernas me molestan mucho (...) Ellos se preocupan mucho pero me dan problemas, uno no más, mas que todo, pero no es tanto.</li> <li>- Pues ellos me, como le dijera, cuando estoy con algún arrebató me llevan al médico (...) Eso sí, ellos que sepan que me llame alguna vecina o alguna persona que yo este maluca como ese día, allá me acudieron todos, todos mis seis hijos estuvieron allá y estuve así como desde las 10 de la mañana, estuve allá hospitalizada y me dieron libre como las 11 de la noche y allá estaban todos mis hijos.</li> <li>- A veces si porque no tengo con quién ir, a veces voy con mi hija o hay veces con uno de mis hijos o voy sola.</li> <li>- Si señora, mis hijos, mis hermanos, tengo unos hermanos muy lindos, ellos viven pendientes de mi, me están llamando, cuando yo me demoro ellos se preocupan (...) Ellos si, y me dicen mamá tal día le toca reclamar tal medicamento o hay veces me acompañan.</li> <li>- No pues estar pendiente de mi, que la droga no me falte, estarme averiguando mamá cómo se siente, cómo está, cómo amaneció, no están pendientes para qué, en ese sentido están pendientes.</li> <li>- Eso si porque, eso me dijo Harold pero mamita todos estamos pendientes de ti pensando como estás.</li> <li>-Claro, claro ellos viven pendienteísimos, mi marido es una gran persona, él vive pendiente de mi, de que vaya e día que tengo que ir por mi droga, el día que tenga que ir al médico, eso.</li> <li>- Si, mis hijas, bueno pues mi esposo también pero no mucho, pero es que como también el</li> </ul>	Presencia de apoyo familiar

	<p>trabajo de él es muy esclavizante (...) Si señora, si para qué ellos los fines de semana y entre semana si hay mamá que no se levante tan temprano.</p> <p>- Si ellos son muy pendientes, ay (...) ¿Ya te pusiste la insulina, ya te pusiste la insulina? Y él mismo me la pone, mi esposo me la coloca, él es todo lindo.</p>	
<p><i>Información sobre la enfermedad</i></p>	<p>- No allí en Cafam también tenemos las chicas que van de la Javeriana a hacer curso allá (...) Si, pues hay veces nos dan charlas, cualquier cosa de la diabetes, de cualquier cosa, si eso es muy bueno allá.</p> <p>- Allá en la zona industrial, en las Américas, allá donde Rochi, allá es muy bueno.</p> <p>-En el gimnasio y fuera de otras partes en donde hemos estado por ejemplo ahora un año yo estaba en el programa de adultos mayores.</p> <p>-Yo fui voluntaria de hospital de la Samaritana, voluntaria hospitalaria entonces en el voluntariado uno recibe muchas charlas, muchas cosas, mucho conocimiento.</p> <hr/> <p>- Pues yo me enteró así de que estoy maluca de la tensión alta por la droga que me dan y por los dichos de los médicos, pero no ha así consecuencias ni que nada.</p> <p>- El médico y también algunos controles, controles no sino como le diré, de pronto presentan en el gimnasio ahí mandan allá conferencias y entonces ahí uno ve y le dicen que debe comer que no se debe comer.</p> <p>-Claro la doctora siempre me dice, si eso si ellos, hoy en día está muy bueno el asunto del médico, que al menos le dicen a uno que tiene.</p> <p>- Pues ellos si le dicen a uno que se tiene que cuidar, que se tome la droga, si no.</p> <p>- Las conferencias que nos han dado allá que no tiene uno que tener rabia, vivir uno lo más tranquilo.</p> <p>- Ahí en los talleres que hemos tenido en el gimnasio, en el de la doctora Gina, la jefe Gina (...) con la doctora de la de medicina familiar, ella también nos daba buenos, buenos talleres</p> <hr/> <p>-He visto unos dos programas de que se ha de tomar bajo de sal, de que no se debe tomar mucho azúcar y las grasas así.</p> <p>- Pues ahora que veo por ahí en la televisión que dicen que los médicos alternativos.</p> <p>- Pues si también, a veces por ejemplo, jueves de salud, que el asunto del colon, que el asunto de muchas enfermedades que uno</p>	<p>Información a través de agentes externos a la IPS</p> <hr/> <p>Información a través de la IPS</p> <hr/> <p>Información a través de medios de comunicación</p>

	<p>tiene internas, entonces eso le explican a uno muchísimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si yo veo todos los días el de CM&amp; si (...) y leo, leo mucho cualquier cosa que llegue a mis manos y donde haya un artículo sobre hipertensión, cosas así pues lo leo.</li> <li>-En la televisión, yo tengo el canal 6 por la parabólica ahí sale una señora, no sé como de 70 años, y ella da unas conferencias tan buenas y le muestran como es que tiene que hacer los ejercicios uno también y uno los puede hacer aquí en la casa a medida que ella lo va haciendo en la televisión.</li> </ul>	
<i>Medios económicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues si con lo de los arriendos nomás.</li> <li>-Si, gracias a Dios, no vivo de mis hijos, mi esposo me dejó (...) no pensión, él me dejó escriturado a mi una bodega donde vivíamos antes de venirmos pa'ca y la tengo arrendada y ahí me pagan millón y medio y de eso yo vivo acá.</li> <li>- Todo lo mío es a parte de lo de ellos, ellos no me dan a mi absolutamente nada, yo sola, lo de los arriendos.</li> <li>- Mi esposo me dejó la pensión y yo vivo con lo que me dejó mi esposo.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pues yo procuro, yo procuro guardarlos, guardarlos porque es para mi bien y yo procuro que me quede de lo que me dan, sea del mes o que me den diario yo procuro que me quede (...) Del bolsillo de mis hijos.</li> <li>- Pues como la mayoría de eso va es por Compensar, claro que hay que unas cosas que hay que pagarlas (...) De mis hijos, si.</li> <li>- Si la hija, pues ella es la que me da todo porque que hago yo, pues las hijas, ellas.</li> <li>- Que le digo, si, mi esposo y lo del primer piso, tengo arrendado el local y el apartamento del primer piso y lo de mis hijos.</li> <li>- Si para todo, nunca me ha hecho falta, bendito sea Dios que no me ha faltado nada de eso (...) mi niña es la que me tiene o nos tiene beneficiados en Compensar.</li> <li>-Pues si dentro de lo normal, dentro de lo normal, una familia de clase media que ni se puede exceder ni puede (...) los dos extremos son.</li> </ul>	<p>Independencia económica</p> <hr/> <p>Dependencia económica de esposo e hijos</p>

Como se observa en la matriz 3, se tuvieron en cuenta tres categorías deductivas. La primera de ellas, fue “el apoyo familiar” que reciben las participantes, de donde sólo se obtuvo una categoría inductiva, denominada “presencia de apoyo familiar”, encontrándose que todas las participantes cuentan con el sustento de su familia ya sea esposo, hijos o nietos, para el manejo de sus enfermedad. A pesar que algunas de las pacientes viven solas, sus hijos están al tanto de su estado de salud en general. Algo importante pues siendo la hipertensión arterial una enfermedad crónica que requiere constancia en su manejo, el apoyo de la familia es importante para los pacientes. Por ejemplo, el acompañamiento constante en la toma de los medicamentos, realización de rutinas y/o modificaciones en los estilos de vida.

La segunda categoría deductiva, fue “información sobre la enfermedad”, en donde se tomaron tres categorías inductivas. La primera, la información a través de agentes externos a las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS-, entendidos como los lugares específicos para cada participante de acuerdo a sus vivencias. A continuación se ilustra ésta afirmación:

E2: “No tanto, no allí en Cafam también tenemos las chicas que van de la Javeriana a hacer curso allá, un tiempo están ellas ahí, precisamente hoy tomaron la tensión y me tomaron la tensión y tenía 120/70 y van también se la Nacional, eso van por un tiempo, todas estas dos meses, tres meses”

E10: “Allá en la zona industrial, en las Américas, allá donde Rochi, allá es muy bueno”

La segunda, información a través de la IPS, que para el presente estudio fue la institución de cuarto nivel, donde la participantes recibieron información en las consultas, en el gimnasio y en las sesiones educativas que realiza la enfermera de consulta externa. Por otra parte, la tercera categoría inductiva, “información a

través de medios de comunicación” en donde siete participantes se informaron. Especialmente en los noticieros y lectura de artículos sobre el tema en periódicos y revistas de circulación masiva.

En este punto cabe resaltar que todas las participantes contaron con los medios y/o las fuentes de información acerca de la enfermedad, pero aún así estos no han sido suficientes, ya que junto con el tiempo de diagnóstico, las participantes deberían conocer más sobre su enfermedad y tener claro la importancia de combinar el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Finalmente, en cuanto a la tercera categoría deductiva: “los medios económicos” considerados en dos categorías inductivas, “independencia” y “dependencia” económica, en relación con la primera, la minoría de las participantes cuentan con los medios económicos para llevar a cabo recomendaciones médicas con sus propios ingresos, ya sea a través de pensión o arriendos, sin embargo ellas refieren que aunque con gran esfuerzo para distribuir sus ingresos, pueden contar con los recursos económicos para el manejo de su enfermedad. Y la segunda categoría, que es la dependencia económica, de la que hacen parte la mayoría de las pacientes, es a través de los hijos y algunas de sus esposos y aún así han contando con los recursos para seguir las recomendaciones en el manejo de su enfermedad.

En general, los recursos es la categoría más homogénea, es decir, donde todas las participantes cuentan, ya sea, con apoyo de la familia, con medios económicos y con fuentes de información para el manejo de su enfermedad, aún así se encontraron vacíos en los conocimientos acerca de la enfermedad y las acciones para su manejo, los cuales deben ser complementados con los recursos para que las personas con hipertensión arterial sigan modificando sus estilos de vida y logren alcanzar un autocuidado.

## 7. CONCLUSIONES

Los conocimientos de las participantes del presente estudio coinciden con la literatura científica. Sin embargo, llama la atención que a pesar de la información recibida a través del programa de atención integral al cual asisten, algunas de ellas no conocen suficientemente su enfermedad, existiendo una relación con la edad, pues se observó que entre mayor era ésta, menores eran los conocimientos referidos, especialmente en cuanto a la causa y personas en riesgo de adquirir la enfermedad.

Las acciones realizadas por las participantes para el manejo de su enfermedad son adecuadas. Hay que destacar que el tratamiento no farmacológico (alimentación, actividad y ejercicio, hábitos tóxicos, manejo del estrés), es llevado a cabo correctamente, a pesar de esto para las participantes no existe claridad de la importancia que tiene éste para el manejo de la hipertensión arterial como complemento de los medicamentos.

Los recursos con que contaban las participantes para el manejo de la hipertensión arterial fueron suficientes, sin embargo a pesar que las fuentes de información fueron diversas, los conocimientos de la enfermedad siguen siendo insuficientes para la cantidad de fuentes.

En general, los conocimientos son limitados y se ve la necesidad que se sigan implementando Programas de Promoción de la Salud donde se tengan en cuenta los aspectos sociales y culturales de la población a la que son aplicados, ya que aún existen prácticas influenciadas por estos aspectos. Además, los resultados de este estudio dan un aporte acerca de las características de las participantes usuarias de la institución hospitalaria de cuarto nivel, para que se consideren en el rediseño de los programas educativos.

## BIBLIOGRAFÍA

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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-0319. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1517-8692.
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. 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\\_sistematica\\_cis2001-1.html](http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistematica_cis2001-1.html).

4. 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.
5. 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.
6. CARMEN, Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial y Manejo Integrado de Enfermedades Crónicas [En línea], Abril de 2002, OPS Colombia. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>>
7. Carta De Ottawa Para La Promoción De La Salud, 17 de Noviembre de 1986. OMS, p. 367-372
8. Carta Del Caribe Para La Promoción De La Salud, primero al cuatro de junio de 1993. OMS, p. 378-382
9. 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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.
10. 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](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene_15_03_07.pdf)>

11. 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](http://www.dane.gov.co/files/dig/ley142_1994.pdf)>
  
12. 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>>
  
13. COLLIERE MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993:385.
  
14. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. [citado 24 Febrero 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16175DocumentNo4208.PDF>>.
  
15. 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](http://respyn.uanl.mx/especiales/ssnl-web/hta_sistemica_cis2001-1.html).
  
16. 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>>

17. 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>>.
18. Declaración De La Conferencia Internacional De Promoción De La Salud, nueve al doce de noviembre de 1992. OMS. p. 373-377
19. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, Preguntas frecuentes acerca de las enfermedades cardiacas y cardiovasculares. [En línea]. nov. 2002, [citado 24 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://womenshealth.gov/espanol/preguntas/heartdis.htm>>
20. 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>>.
21. 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.
22. GUÍA PRÁCTICA CONSUMER, La Hipertensión Arterial, Etiología y Epidemiología [En línea]. Disponible en la World Wide Web: <<http://saludydeporte.consumer.es/enfermedadydeporte/hipertension/index.html>>

23. 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](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2_7174.pdf)>.
24. PARMET, Sharon. Cefalea. *Revista de Asociación Médica Americana*. [En línea]. mayo 2006, vol. 295, no. 19 [citado 24 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/data/295/19/2320/DC1/1> >
25. PENDER, Nola (1941). Modelo de Promoción de la Salud. Modelos y teorías en enfermería, Cap. 33, pp.508-515
26. 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.
27. 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](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000300005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0124-0064.

28. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud México cinco al nueve de Junio de 2000, OMS.
29. 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](http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html)>.
30. 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](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.
31. 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.
32. SAIEH A., Carlos. Hipertensión Arterial: Tratamiento No Farmacológico: Estilos de Vida Saludables. . *Revista Médica* [En línea]. abril 2005, vol. 16, no. 2 [citado 24 Mayo 2008]. Disponible en la World Wide Web: [http://www.clinicalascondes.cl/Area\\_Academica/Revista\\_Medica\\_Abril\\_2005/articulo\\_007.htm](http://www.clinicalascondes.cl/Area_Academica/Revista_Medica_Abril_2005/articulo_007.htm)

33. SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, Boletín de estadísticas Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Jul-Dic 2005 No 5, ISSN 1794-1873.
34. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Guía sobre el Diagnóstico y el Tratamiento de la Hipertensión Arterial en España 2002. [En línea]. mayo 2002, vol. 19, suppl.3 [citado 24 Mayo 2008]. p. 5. Disponible en la World Wide Web: < <http://www.seh-lelha.org/pdf/guia11.pdf>>
35. 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 8 Mayo 2008]. p. 1106. Disponible en la World Wide Web: < <http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>>.
36. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400023&script=sci_abstract&lng=pt)> ISSN 0102-311X.
37. 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](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.

- 38.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.
- 39.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](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 EJERCICIO SUPERVISADO DE UNA INSTITUIÓN  
HOSPITALARIA DE CUARTO NIVEL EN BOGOTÁ EN EL PERÍODO DE ENERO-MAYO 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

### 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

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.

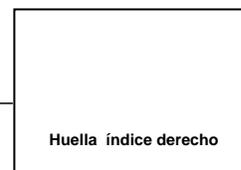
1. Se le garantiza al participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual esta participando.
2. Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter 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.

Bogotá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

Firma del participante \_\_\_\_\_

Firma del investigador \_\_\_\_\_



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 EJERCICIO SUPERVISADO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE CUARTO NIVEL, BOGOTÁ. ENERO-MAYO DE 2008

CATEGORÍA DEDUCTIVA	FUENTES				
I. CONOCIMIENTOS					
	*E 1	E2	E3	E 4	E5
<i>Causas de la enfermedad</i>	Se atribuye a una cirugía de columna	Por el consumo de hormonas después de una cirugía de ovarios.	La edad y la inadecuada alimentación	Angustia o disgustos	Preeclampsia en su primer embarazo
<i>Identificación de otras causas de la enfermedad</i>	No identifica otras causas	Inadecuada alimentación y sedentarismo	No identifica otras causas	Inadecuada alimentación: Consumo de grasas	No identifica otras causas
<i>Consecuencias de la enfermedad</i>	No identifica las consecuencias	Derrame cerebral y trombosis	No identifica las consecuencias	Infarto y trombosis	Trombosis
<i>Identificación de personas con riesgo de adquirir la enfermedad</i>	No identifica las personas en riesgo	Personas que son sedentarias, que comen salado y dulce y se vuelven diabéticas	Relaciona con la herencia	No identifica las personas en riesgo	Herencia
II. ACCIONES					
<i>Manejo de la enfermedad</i>	Comer bajo en sal y en dulce, consumir los medicamentos, los cuales están ordenados en un cajón. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Comer bajo en sal, endulzar con azúcar dietética y tomar mucha agua. Se colocó vacunas de influenza y meningococo. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Tranquilizarse, evitar tanta carga de los oficios del hogar. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Comer bajo en sal y grasas, dejar los medicamentos en un lugar visible y tomar aguas de hierbas. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Comer bajo en sal y dulce, tener tranquilidad y serenidad. Siempre recuerda tomarse los medicamentos
<i>Control de síntomas y complicaciones</i>	Toma un medicamento formulado para el dolor de cabeza	Toma acetaminofén para el dolor de cabeza	No hace nada, pues no puede tomar medicamentos sin ser formulados	No ha presentado síntomas	Toma un vaso de agua con limón para el dolor de cabeza y se calma
<i>Frecuencia del control médico</i>	Cada mes	Cada dos o tres meses	Cada dos o tres meses	Cada dos o tres meses	Cada tres meses
<i>Registro de cifras tensionales</i>	No lleva un registro, pues las anotan en el control médico y el gimnasio	Llevó un registró cuando tenía la tensión alta, ahora sabe más o menos que cifras maneja	Llevó un registró cuando tenía la tensión alta, además las anotan en el control médico y el gimnasio	Llevó un registro pero dejó de hacerlo por pereza además las cifras las anotan en el control médico y el gimnasio	No lleva un registro, se toma la tensión y sabe cuanto tiene, además en el control médico anotan las cifras

<i>Modificaciones en el estilo de vida: Alimentación</i>	<p>Consumo sus alimentos según le recomienda el médico, come bajo en sal</p> <p>En su alimentación incluye frutas, verduras, granos, una proteína y una harina, consume té con tostadas, la comida es ligera: changua con avena. Toma tinto antes de acostarse.</p>	<p>Consumo alimentos bajos en sal y dulce, En su alimentación diaria incluye jugos, café, al almuerzo come una proteína, un cereal y verdura. No consume medias nueves ni onces. Hace un mes dejó de comer por un aumento exagerado en su peso</p>	<p>Ha disminuido el consumo de sal y dulce y ha aumentado las verduras y frutas. Sólo incluye una harina en su almuerzo, una proteína, grano, no toma medias nueves y las onces son ocasionales. Come lo mismo del almuerzo pero sin proteína. No consume derivados lácteos</p>	<p>Ha disminuido la sal, el dulce y las grasas. Generalmente desayuna caldos sin grasa con cocoa o avena, no toma medias nueves y en las onces come galletas o frutas, toma sopas al almuerzo y a la comida consume grano, harina y verdura o si es la sopa del almuerzo.</p>	<p>Ha disminuido la sal, el dulce y las grasas. Come bastantes frutas. Al desayuno siempre toma chocolate sin grasa ni dulce con calados dietéticos. No toma medias nueves ni onces; en el almuerzo incluye una harina, una proteína y verdura. Su comida es ligera: té con galletas, pues no puede comer lo mismo que al almuerzo</p>
<i>Ejercicio</i>	<p>Realiza ejercicio hace 7 años, dos veces por semana, inicio para bajar de peso y ha visto el beneficio. Camina bastante</p>	<p>Realiza ejercicio hace 5 años, dos veces por semana en la javeriana y 4 veces en Cafam. Ha visto el beneficio</p>	<p>Realiza ejercicio hace 7 años, tres veces por semana. Inicio por orden médica para utilizar el servicio de la EPS. Camina bastante</p>	<p>Realiza ejercicio hace 10 años, dos veces por semana, ha visto su beneficio sobre todo cuando se esfuerza más</p>	<p>Realiza ejercicio hace 10 años, dos veces por semana, ha visto su beneficio, el día que no asiste le hace falta. Camina bastante</p>
<i>Hábito de fumar</i>	<p>Nunca fumó ni fuma</p>	<p>De joven fumó pero poco, sus esposo si fumó toda la vida y ello le afectó</p>	<p>Dejó de fumar hace 5 años, fumaba un cigarrillo todas las noches</p>	<p>Fumó ocasionalmente como un acto social</p>	<p>Fumó cuando murió su papá pero por poco tiempo, le hacía daño a la garganta</p>
<i>Consumo de alcohol</i>	<p>Nunca tomó alcohol ni lo hace actualmente</p>	<p>Nunca tomó alcohol ni lo hace actualmente</p>	<p>Esporádicamente de forma social</p>	<p>Esporádicamente de forma social</p>	<p>Nunca tomó alcohol ni lo hace actualmente, le hace daño</p>
<i>Manejo de estrés</i>	<p>Es una persona nerviosa que se estresa con facilidad cuando se le sube la tensión, lo controla caminando y tomando agua</p>	<p>Es una persona muy nerviosa y ello le aumenta la tensión, lo maneja tratando de controlarse y orando</p>	<p>Es una persona nerviosa, cuando tiene problemas se le aumenta la tensión, el médico le recomendó tranquilidad y evitar estresarse por los oficios del hogar</p>	<p>Toda su vida mantuvo angustiada y estresada por las labores del hogar, lo único que podía hacer era continuar con todo lo que debía hacer</p>	<p>Tiene ulcera nerviosa, controla las situaciones estresantes tratando de tranquilizarse y tomando agua con limón</p>
<b>III. RECURSOS</b>					
<i>Apoyo de la Familia</i>	<p>Sus cinco hijos están pendientes de ella y le preguntan por su salud</p>	<p>De sus tres hijos, su hija es la que está más pendiente de su estado de salud, siente que no</p>	<p>Sus hijos siempre están pendientes de su salud e incluso en las hospitalizaciones todos</p>	<p>Sus hijos están pendientes de ella, ocasionalmente la acompañan al gimnasio</p>	<p>Sus hijos e incluso sus hermanos están al tanto de su estado de salud</p>

		cuanta con su otros hijos. Su nieto le toma la tensión todas las noches	acuden	o al control médico	
<i>Información sobre la enfermedad</i>	Ha recibido información en la televisión	Ha recibido información en el control médico, algunos estudiantes y el noticiero	Ha recibido información en la televisión	Ha recibido información en el control médico, charlas en el gimnasio, algunas veces en televisión	Ha recibido información en el control médico y en la televisión
<i>Medios económicos</i>	Cuenta con los medios económicos a través de arriendos su casa y con lo que le ayudan sus hijos	Cuenta con los medios económicos a través del arriendo de una bodega que le dejó su esposo, no depende de sus hijos	Depende económicamente de sus hijos	Cuenta con los medios económicos a través de arriendos su casa y con lo que le ayudan sus hijos	Cuenta con los medios económicos a través de arriendos su casa y de la pensión que le dejó su esposo

\*E= Entrevistada

CATEGORÍA DEDUCTIVA	FUENTES				
I. CONOCIMIENTOS					
	E 6	E7	E 8	E9	E 10
<i>Causas de la enfermedad</i>	No identifica su causa	No identifica su causa	No identifica su causa	Problemas en una fecha determinada	Hereditaria por parte materna
<i>Identificación de otras causas de la enfermedad</i>	Soberbia	Angustias, problemas y sufrimiento interior	Estrés de la ciudad Hereditaria por parte materna	Inadecuada alimentación: Consumo elevado de sal, harinas y grasas	No identifica otras causas
<i>Consecuencias de la enfermedad</i>	Derrame cerebral, daño en el corazón	No identifica las consecuencias	Derrame cerebral y trombosis	Derrame cerebral y trombosis	Daño en el corazón y en los riñones
<i>Identificación de personas con riesgo de adquirir la enfermedad</i>	Personas de 50 años o más	No identifica las personas en riesgo	Personas que no adquieren hábitos de buena vida, ni de comer, ni hacer ejercicio	No identifica las personas en riesgo	Herencia
II. ACCIONES					
<i>Manejo de la enfermedad</i>	Comer bajo en sal, consumo de frutas y verduras. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Comer bajo en dulce, hacer ejercicio y caminar. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Comer bajo en sal y dulce, consumir fruta y verdura. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Comer bajo en sal y dulce, hacer ejercicio. Siempre recuerda tomarse los medicamentos	Cuidarse en las comidas. Siempre recuerda tomarse los medicamentos
<i>Control de síntomas y complicaciones</i>	Toma aspirina para el dolor de cabeza producido por gripas	Se aplica alcohol en el cuello para el dolor de cabeza	Se sienta y se tranquiliza cuando le duele la cabeza	Toma acetaminofén para el dolor de cabeza y se sienta	No ha presentado síntomas
<i>Frecuencia del control</i>	Cada tres o cuatro	Cada tres meses	Cada dos o tres meses	Cada tres meses	Cada tres meses

<i>médico</i>	meses				
<i>Registro de cifras tensionales</i>	Llevó un registro pero dejó de hacerlo por que no le gusta estar escribiendo, prefiere memorizar y sabe cuando están elevadas las cifras	Nunca ha llevado un registro porque nunca le han dicho que lo debe hacer, en los controles no le dicen cuanto tiene de tensión, lo sabe porque ella misma se toma la tensión	Lleva registro en un cuaderno que cambia cada año, se lo exigen en el gimnasio	Llevó el registro pero dejó de hacerlo porque considera que ya sabe las cifras que maneja y todo lo que debe hacer	Llevó el registro pero dejó de hacerlo porque sabe cuanto maneja además en la historia clínica está anotado
<i>Modificaciones en el estilo de vida: Alimentación</i>	Come bajo en sal y dulce, consume frutas y verduras. Se desayuna con sandwich y café, de medias nueves toma un agua de hierbas, al almuerzo come una proteína, una harina y verdura, Ocasionalmente toma onces y a la comida consume algo ligero como sándwich y café	Disminuyó el consumo de dulce hace 1 mes, la sal no la ha disminuido porque no se lo han recomendado, Su desayuno incluye té, pan y huevo los fines de semana, a las medias nueves consume fruta y al almuerzo toma sopas, ocasionalmente toma onces y nunca come	Disminuyó el consumo de sal y dulce, En las mañanas siempre toma jugo con una cucharada de gelatina además jugo de tomate de árbol con trozos de cohombro, a las medias nueves toma avena en agua y leche tostada, pan o arepa o una fruta En su almuerzo toma una porción pequeña de sopa seco, no consume carne roja, a las onces toma jugo con tostada o fruta y en la comida arroz y té	Disminuyó el consumo de sal y dulce, generalmente desayuna con café en leche y pan integral, a las medias nueves come fruta, su almuerzo incluye una harina, una proteína y verdura, no toma onces y a la comida toma café en leche o avena	Disminuyó el consumo de sal y dulce. Generalmente desayuna un huevo tibio, changua y café sin leche, a las medias nueves toma leche o yogurt, y a las onces un agua aromática. Al almuerzo consume una proteína, una harina y verdura, su comida es un café con calado.
<i>Ejercicio</i>	Realiza ejercicio desde hace 3 años, tres veces por semana, ha visto el beneficio. Camina bastante	Realiza ejercicio hace 1 año, dos veces por semana, cree que le ha servido. Camina bastante	Realiza ejercicio hace 6 años, dos veces por semana, ha visto el beneficio. Camina bastante y en casa también hacer ejercicio	Realiza ejercicio hace 6 años, una vez por semana, ha visto el beneficio. Camina bastante	Realiza ejercicio hace 10 años, tres veces por semana, ha visto el beneficio
<i>Hábito de Fumar</i>	Nunca fumó pero cocinó con leña y vivió cerca de una carbonera y ello le afectó	Nunca fumó ni fuma	Nunca fumó ni fuma	Nunca fumó ni fuma	Fumó durante 22 años pero sólo socialmente
<i>Consumo de alcohol</i>	Esporádicamente de forma social	Nunca tomó alcohol ni lo hace actualmente	Esporádicamente de forma social	Sólo en los diciembre y un vino suave	Rara vez en los diciembre

<i>Manejo de Estrés</i>	A veces se estresa pero lo único que puede hacer es pedirle a Dios valor y tener resignación	La situación más difícil de manejar fue la muerte de su esposo y mamá. Actualmente no vive momentos estresantes	Cuando se estresa se le aumenta la tensión, lo maneja haciendo conciencia, realizando sus ejercicios y si se siente fatigada descansa	Es muy malgeniada y ello le aumenta la tensión, en su casa se estresa mucho, el médico le recomendó tranquilidad	No se estresa, cuando hay situaciones difíciles le pide a Dios
<b>III. ACCIONES</b>					
<i>Apoyo de la Familia</i>	De sus tres hijos, dos de ellas están al tanto de su salud y que se cuide, su otro hijo no vive cerca	Sus hijos están al tanto de su salud y la visitan constantemente	Su esposo y sus hijas están pendientes del manejo de su enfermedad	Sus hijos están pendientes de ella, su esposo la acompaña al gimnasio o a los controles cuando es posible	Su esposo y sus hijos la cuidan mucho y están pendientes del manejo de su enfermedad
<i>Información sobre la enfermedad</i>	Ha recibido información a través de charlas en el gimnasio, películas que les muestra la jefe del servicio de consulta externa y en el programa de adultos mayores de Teusaquillo	Ha recibido información en los controles médicos pero ocasionalmente	Ha recibido información en la televisión a través del noticiero, en el voluntariado de un hospital y a través de la lectura	Ha recibido información en la televisión, el gimnasio y en las conferencias en San Ignacio	Ha recibido información en los talleres de Rochi, a través del médico de medicina familiar, aunque algunas veces ha visto en televisión prefiere lo que le enseñan en el hospital
<i>Medios económicos</i>	Depende económicamente de su hija y del dinero que consigue de la venta de unos bolsos que diseña	Cuenta con los medios económicos a través de la pensión que le dejó sus esposo y algunas veces sus hijos le ayudan	Depende económicamente de su esposo	Cuenta con los medios económicos a través de arriendos, el trabajo de su esposo y la colaboración de sus hijos	Depende económicamente de su esposo y de su hija