

CLEOTILDE GARCÍA REZA

LO COTIDIANO DEL
HIPERTENSO

DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO
DE CAMPO DE SALUD DE LALONDE

D.R. © Cleotilde García Reza, por sus textos

Edición, diseño y producción:
Pinacoteca 2000, S.A. de C.V.
Francisco Sosa 102, Barrio de Santa Catarina
04000, Coyoacán, ciudad de México

ISBN: 978-607-752-807-4

Autorizo la reproducción y divulgación total o parcial
de este trabajo por cualquier medio convencional
o electrónico, para fines de estudio y pesquisa,
toda vez que sea citada la fuente.

Cleotilde García Reza

con la colaboración de:

Miyeko Hayashida

María Elizabeth Medina Castro

María del Carmen Montoya Díaz

Gloria Solano Solano

María Suely Nogueira

LO COTIDIANO DEL HIPERTENSO

DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO
DE CAMPO DE SALUD DE LALONDE

CONTENIDO

11	PRESENTACIÓN
13	INTRODUCCIÓN
13	<i>Hipertensión arterial: aspecto epidemiológico, prevención, control y tratamiento</i>
27	<i>Clasificación de los valores de la presión arterial</i>
29	<i>Hipertensión arterial y factores de riesgo</i>
29	Factores de riesgo no modificables
30	Factores de riesgo modificables
34	<i>El cuidado del hipertenso</i>
35	<i>Marco teórico: el Modelo de Campo de Salud de Lalonde</i>
41	OBJETIVOS
43	METODOLOGÍA
43	<i>Universo de estudio</i>
43	<i>Lugar del estudio</i>
45	<i>Participantes en el estudio</i>
46	<i>Método de obtención de datos</i>
46	Primera fase
46	Segunda fase
46	<i>Procedimientos éticos</i>
50	<i>Estudio piloto</i>
50	<i>Obtención de datos. Primera fase</i>
51	Determinación de los valores de presión arterial
51	Antropometría (peso y altura)
52	Circunferencia abdominal y de cadera
53	

54	Antecedentes familiares
54	Tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas
54	Ingreso mensual
55	Escolaridad
55	<i>Obtención de datos. Segunda fase</i>
56	<i>Análisis de los datos</i>
59	RESULTADOS Y DISCUSIÓN
59	<i>Datos sobre la biología humana</i>
63	<i>Datos sobre el medio ambiente</i>
67	<i>Datos sobre el estilo de vida</i>
75	<i>Datos sobre la organización de los servicios de salud</i>
76	<i>Lo cotidiano del hipertenso</i>
77	Biología humana
84	Estilo de vida
91	Medio ambiente
94	Servicios de salud
97	CONSIDERACIONES FINALES
101	REFERENCIAS
121	SEMBLANZAS
123	AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

Durante mi experiencia con personas que sufren hipertensión arterial surgieron una serie de inquietudes, emanadas de mi práctica profesional y docente. Después de 19 años de dedicarme a la atención clínica del paciente, tuve la oportunidad de trabajar en el área educativa, lo que me permitió convivir muy de cerca con los pacientes hipertensos.

Fui comisionada a las prácticas de enfermería comunitaria, con un grupo de hipertensos del programa de hipertensión arterial y el ejercicio aeróbico.

La convivencia con los hipertensos durante sus sesiones de ejercicio me dio la oportunidad de considerarme un miembro más de este grupo. Transcurrieron varios meses a lo largo de los cuales observé al paciente y detecté algunas de sus inquietudes sobre su enfermedad. Surgieron dudas y preguntas para las que no tenía respuesta. A partir de esa realidad inicié la búsqueda de información sobre todo lo relacionado con la hipertensión arterial.

A partir de la búsqueda de información y de todos los conocimientos que adquirí, analicé los resultados de diversas investigaciones efectuadas por diferentes autores, en los que destaca el abandono de los pacientes a su tratamiento, pues a pesar de que los programas educativos muestran buenos resultados, así como alternativas para el control de la hipertensión arterial tales como el ejercicio, la dieta, el autocuidado, persisten la no-adhesión al tratamiento y los elevados índices de morbilidad mortalidad en todo el mundo (Moreira *et al.*, 2005; Reiners, 2005).

Surgieron de nuevo las preguntas: ¿por qué la falta de participación del paciente? ¿qué hay más allá? ¿cuál es su verdadero sentir al hacer frente a su enfermedad? ¿qué piensa el paciente durante su enfermedad? ¿qué hace el paciente para vivir con su enfermedad? ¿cómo vive día a día con la enfermedad?

Estas y otras preguntas me hicieron reanudar la búsqueda de diferentes formas de abordar la investigación. Empecé a indagar y a realizar un recorrido por diversas revistas de enfermería relacionadas con la hipertensión arterial, tanto en publicaciones indexadas, electrónicas, como en revistas impresas. Analicé las diversas metodologías que algunos autores han utilizado para abordar el tema. Este análisis se llevó a cabo de forma exploratoria y gradual, en un proceso que fue de la lectura a la reflexión, y me llevó finalmente a conformar el marco teórico del presente trabajo, basado en el modelo de Campo de Salud de Lalonde, con sus cuatro conceptos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida, servicios de salud. Además, para el análisis de los datos, opté por la metodología del análisis de contenido de Bardin (1977).

INTRODUCCIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO, PREVENCIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO

Las transformaciones ocurridas en el mundo contemporáneo, a lo largo de las últimas décadas, han colocado a la humanidad en lucha constante por la sobrevivencia.

Actualmente, existen conocimientos e instrumentos necesarios para prevenir muchas enfermedades y varias medidas están siendo ampliamente difundidas para mejorar la salud del ser humano.

A partir del segundo milenio, las sociedades contemporáneas comenzaron a buscar nuevos valores y nuevos paradigmas, como parte de un proceso universal, que dio mayor importancia al conocimiento, a la valorización de los cuidados del cuerpo, la mente y el espíritu.

Los cambios económicos, políticos, sociales y culturales contribuirán de forma significativa a modificar las características de la población, como también su perfil epidemiológico. El crecimiento demográfico, especialmente de la población adulta, y la disminución de la mortalidad infantil y materna, del número de muertes por enfermedades infecciosas, así como de las tasas de fecundidad y natalidad, indican que las condiciones de vida y de salud mejorarán.

Sin embargo, existen problemas como la violencia, las enfermedades de origen ambiental y ocupacional, el resurgimiento y la persistencia de las grandes endemias y el envejecimiento poblacional,

paralelos a una crisis generalizada del sistema de asistencia a la salud, con demanda creciente e insatisfecha (Barreto, Carmo, 1994).

Este panorama contribuye al aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por problemas crónicos de salud, que repercuten en la calidad de vida y salud de la población.

Las enfermedades crónicas no transmisibles pueden definirse como padecimientos con historia natural prolongada, caracterizados por múltiples factores de riesgo, interacciones de origen etiológico desconocido, largos periodos de latencia, asintomáticos con manifestaciones clínicas, generalmente de curso crónico (Lessa, 1994).

Pertenecen a este grupo las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes mellitus (DM), los cánceres entre otras. Durante algún tiempo se pensó que solamente en las personas de edad avanzada, su prevalencia era mayor. Hoy, se sabe que estos problemas pueden ocurrir en cualquier periodo de la vida, y que el aumento de las tasas puede ser encontrado en sociedades subdesarrolladas y en desarrollo.

Estos problemas de salud provocan un impacto social importante, toda vez que son causa de altos índices de incapacidad y/o invalidez, y demandan cuidados específicos, cuya responsabilidad no se limita solamente a la persona y la familia, sino también al país, por los gastos públicos que implican la internación y los tratamientos especializados, rehabilitación, licencias médicas, jubilaciones y pensiones precoces (Reiners, 2005).

Entre de las enfermedades crónicas no transmisibles destaca la hipertensión arterial sistémica (HAS), que como entidad aislada es la más frecuente causa de morbilidad del adulto en los países industrializados y en la mayoría de los países en desarrollo, sobre todo en los centros urbanos, en todos los niveles socioeconómicos (Lessa, 1998).

La HAS se caracteriza por la presencia de niveles tensionales elevados, asociados a alteraciones metabólicas, hormonales y a fenómenos nutricionales (Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

Se trata de una enfermedad que posee alta prevalencia y es uno de los principales factores de riesgo para las ECV, siendo cada vez más reconocida como entidad clínica de grande impacto socioeconómico (Marroni, 2005).

La falta de control terapéutico adecuado de la HAS es reflejo de la adhesión incipiente al tratamiento antihipertensivo. La HAS generalmente dobla el riesgo de ECV, siendo la enfermedad arterial coronaria (EAC) la más común y letal (Izzo, Black, 2003).

Las ECV, en 1997, causaron aproximadamente 30% de todas las muertes ocurridas en el mundo, que corresponde a cerca de 15 millones de muertes por año, siendo la mayoría proveniente de países en desarrollo (Brandão, 2000). Estos datos colocan a las ECV como verdadera pandemia, y para su tratamiento y control se requiere la adopción de medidas preventivas efectivas (Simão, 2005).

Las ECV cuando no son letales, frecuentemente llevan al individuo a la incapacidad parcial o total, además de producir graves repercusiones no solamente en la persona afectada, sino también en la familia y a la sociedad (Brasil, 1988).

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que aproximadamente 80% de las muertes por ECV ocurren en los países de bajo y medio nivel socioeconómico, y hasta 2010, este grupo de enfermedades representarán la principal causa de muerte en los países en desarrollo.

De acuerdo con información del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure -JNC 7°, la HAS afecta a 50 millones de personas en Estados Unidos de América; se estima que en el mundo cerca de un millón de individuos padecen la enfermedad (Chobanian *et al.*, 2003).

Considerando la amenaza que las ECV representan para la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) formuló estrategias para su control, con la finalidad de reducir la mortalidad, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (OPS, 2003).

En Brasil, las ECV son responsables de 250,000 muertes por año, constituyen la primera causa de muerte en el país (Fonseca; Laurenti, 2000). Para estos mismos autores, las cardiopatías, especialmente la EAC registraron un aumento de incidencia y mortalidad, dentro de las siete primeras décadas del siglo pasado, entre los países industrializados.

Para Mion Jr. *et al.* (2006), 27.4% de las muertes ocurridas en Brasil en 2003 fueron debido a las ECV. En todas las regiones de Brasil, la principal causa de muerte fue el accidente vascular cerebral (AVC), que afectó a las mujeres en mayor proporción. En el conjunto de las ECV, la HAS, EAC e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) presentaron tasas anuales decrecientes de 1.2% para hombres y de 1.3% para mujeres. No obstante, la mortalidad en Brasil aún es elevada en comparación con la de otros países, para la ECV. Dentro de los factores de riesgo para la mortalidad, la HAS es responsable de 40% de las muertes por AVC y 25% de ellas por EAC.

La HAS ataca predominantemente al grupo etario productivo, lo que repercute en la economía de los países. Es una enfermedad de alta prevalencia que constituye un problema de salud pública no sólo para los países desarrollados, sino también para aquellos en desarrollo (Rocha *et al.*, 2002; Berwanger; Avezum, 2004; Feijão *et al.*, 2005).

Se trata de un cuadro clínico de naturaleza multifactorial, caracterizado por niveles de PA elevados y sostenidos, aumenta el riesgo de daños en órganos blancos, como corazón, riñones, cerebro y vasos. Se estima que 10% de la población adulta tiene su expectativa de vida limitada como consecuencia de afecciones renales, cerebrales y coronarias, debido a la HAS (Brasil, 1993; Fazan, Júnior y Silva, 2000; Consuegra y Zago, 2004).

De acuerdo con las V Diretrizes Brasileiras de la Hipertensão Arterial (Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006), documento elaborado por especialistas de varios estados brasileños, en el área de HAS, en lo que se refiere a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

INTRODUCCIÓN

son consideradas condiciones de normalidad, valores de PA menores que 130 mmHg para presión arterial sistólica (PAS), y menores que 85 mmHg para presión arterial diastólica (PAD), en los individuos mayores de 18 años de edad. El documento indica también que la PA limítrofe se sitúa entre 130-139 mmHg para PAS y 85-89 mmHg para PAD.

Maciel (2001), Batista, Oliveira y Ribeiro (2000), mencionan que la HAS se caracteriza por PA superior a 139/89 mmHg, con los brazos apoyados a la altura del corazón, el individuo sentado y utilizando esfigmomanómetro de mercurio, aneroides o electrónico calibrado, con el brazalete compatible con la circunferencia del brazo del paciente.

La HAS consiste en valores de PAS iguales o mayores a 140 mmHg y de PAD igual o mayores a 90 mmHg, sin el uso de medicamentos antihipertensivos (V Diretrizes..., 2006). El control de la PA en niveles abajo de 140/90 mmHg produjo reducción de la morbilidad y mortalidad atribuidas a la HAS, disminución de 53% en el número de individuos afectados por ECV y aumentó en la expectativa de vida de aproximadamente 60%. De acuerdo con la etiología, la HAS es reconocida como primaria o esencial cuando no se conoce la causa específica y, secundaria cuando está acompañada de una causa asociada.

La HAS primaria es la más prevalente, ya que afecta a cerca de 90% de los individuos portadores de HAS (Batista; Oliveira; Ribeiro, 2000). La HAS primaria es sintomática, con evolución crónica, afectando a lo largo de los años órganos blancos como: cerebro, corazón, riñones, retina y otros. Por esta razón es comúnmente denominada "asesino silencioso" (Pérez Riera, 2000; Martín *et al.*, 2004).

Para Pérez Riera (2000) y Martín (2004), la HAS está vinculada a las alteraciones cardíacas y a la resistencia periférica, y tiene pronóstico de tratamiento favorable; entretanto son varios los agravantes asociados, como entidad compleja, en pacientes con varios biotipos, diferentes grupos étnicos y diversos grupos etarios, además de ser detectada en múltiples circunstancias como embarazo, infancia, edad avanzada y asociada a enfermedades coexistentes.

La HAS contribuye en mucho al desarrollo de aterosclerosis, cardiopatía isquémica y evento vascular cerebral, que son causas importantes de morbilidad y mortalidad en el mundo. Esta enfermedad muestra la magnitud del problema de salud que enfrentan los sistemas de salud (Rosas Peralta, 2003; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2005; Rubio, 2005).

Estudios de Framingham muestran la importante asociación entre el AVC y el aumento de la PA, además el riesgo coronario en estos pacientes es de dos a cuatro veces mayor en la HAS grave que en la HAS leve. Estudios prospectivos indican que un individuo hipertenso con PAS de 160 mmHg y PAD de 105 mmHg o más, corre un riesgo diez veces mayor de presentar AVC y cinco veces de eventos coronarios, con uno elevado de neuropatía (Torales, 2006). El tratamiento de la HAS enfocado solamente a la disminución de los valores de PA no modifica el riesgo cardiovascular (Mendoza, 2006).

En el mundo la HAS es una enfermedad de alta prevalencia; se estima que existen 691 millones de personas hipertensas, de las cuales, 420 millones viven en países en desarrollo. Se calcula que 15 millones de hipertensos mueren cada año; la OMS, en 2006, reveló que el AVC fue responsable de 30% de las muertes ocurridas en el mundo. Estos resultados señalan un aumento de los casos de AVC y, en consecuencia las autoridades de salud pública enfrentan uno de los mayores desafíos para el control de la HAS en el mundo (World Health Organization, Who, 2005; Guía Européia de Hipertensão, 2007).

La prevalencia de la HAS es más elevada en mujeres que en hombres especialmente en la fase más avanzada de la vida, entre los 45 y 50 años; por otro lado, el envejecimiento propicia diversas alteraciones físicas en el sistema cardiovascular tornándose en factor predisponente para desarrollar ECV (Siqueira, Veiga, Costa Júnior, 2003).

Un estudio realizado en Brasil, con 52 hipertensos, la mayoría (69.23%) mujeres mayores de 60 años, casadas y con bajo nivel de escolaridad, identificó algunas dificultades entre los pacientes; rechaza-

INTRODUCCIÓN

ron el tratamiento medicamentoso, no adoptaron medidas higiénico-dietéticas y no controlaron la presión arterial, con repercusiones en su calidad de vida (Dantas, 1996; Brasil, 2007).

Otros estudios realizados en Brasil revelaron que la herencia es un importante factor de riesgo para el desarrollo futuro de HAS; entre los individuos 61% eran mujeres, con bajo grado de escolaridad (87%), con historia familiar positiva para HAS (81.5%) (Cruz, Lima, 1998; Siqueira, Veiga, Costa Júnior, 2003).

En Lubango, Angola, un estudio realizado con universitarios indicó que entre los individuos entrevistados 62.8% eran hombres con una historia familiar positiva para HAS (Simão, 2005). El tratamiento adecuado de la HAS ha sido relacionado con la reducción de morbilidad y mortalidad de las personas afectadas.

El tratamiento no farmacológico de la HAS forma parte de la terapia antihipertensiva inicial, como: restricción de la sal en la dieta, reducción de peso en pacientes obesos, reducción de consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo, además de control de otros factores de riesgo como la dislipidemia, sedentarismo y estrés (Pierin, 1985; Lessa, 2001; Reis, Glashan, 2001; Strelec, Perin, Mion Júnior, 2004; Mion Júnior *et al.*, 2004).

El compromiso de los pacientes es variable, incluye el abandono del tratamiento. Estudios indican que la no adhesión a la terapéutica antihipertensiva, especialmente entre los asintomáticos, es de aproximadamente 60%. Para mejorar la adhesión es fundamental la interacción de un equipo multiprofesional, sobre todo su papel educativo, en la orientación del paciente para el autocuidado con posibilidad de disminución de las tasas de abandono (Ferreira, Zanella, 2000; Dressler, Dos-Santos, 2001; Mion Júnior, 2004).

De acuerdo con Pierin (1985), el profesional de enfermería necesita adoptar conductas específicas para obtener mayor adhesión de los hipertensos al tratamiento. De entre estas conductas, destaca la orientación sistematizada de enfermería abordando aspectos relacionados a

la terapéutica medicamentosa, tales como dosis y horario de la medicación, efectos colaterales, dieta específica; como composición, cantidad de calorías y de sal, hábitos de vida, uso de cigarro, consumo de bebida alcohólica, realización de actividad física, entre otros.

Los estudios de Nakasato (2004), Rosa, Plavnik y Tavares (2004) refuerzan la importancia de la atención de los portadores de HAS por un equipo multiprofesional de salud, como una acción dirigida a corregir la escasa adhesión al tratamiento y aumentar la participación en el programa de atención y control de la enfermedad. Para Mello Filho (2000), el portador de HAS precisa estar informado sobre su situación de salud y consciente de la importancia del tratamiento. El éxito de este último depende del buen entendimiento y la confianza entre los profesionales de salud y el portador de HAS.

Estudios de Nobre y Coelho (2003), Santos y Silva (2003) y Souza (2004) indican la eficacia del tratamiento no farmacológico, asimismo destacan la disminución de los factores de riesgos cardiovasculares a partir del seguimiento de las recomendaciones terapéuticas no medicamentosas. Pérez Riera (2000) enfatiza también la importancia de las relaciones interpersonales, además del tratamiento no farmacológico. En un estudio comparativo realizado en un grupo de 50 portadores de HAS leve y moderada, uno acompañado por médicos y otro por asistentes sociales, se verificó, después de diez meses de seguimiento, que el segundo grupo presentó mejores resultados en cuanto a la reducción de las cifras tensionales, al índice de abandono y los costos del tratamiento.

De acuerdo con Almeida *et al.* (2002), Hernández Meléndez, Palmera Chávez (2003) y Rezende *et al.* (2003) cuanto más precozmente la HAS fue detectada, mayores son las oportunidades para educar al paciente y consecuentemente, establece un estilo de vida adecuado.

Según Ribeiro, Zanella (2000) y Simão *et al.* (2004) educar al portador de HAS implica desarrollar estrategias de enseñanza para un adulto que adquiere conocimientos a partir de su experiencia y como medio de enfrentar sus problemas.

En México, en las últimas décadas se observaron cambios en el panorama epidemiológico relacionados con la disminución de las enfermedades infecciosas que, combinadas con modificaciones en el estilo de vida, dieron lugar al aumento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas, particularmente las ECV, entre las cuales la HAS es una de las más prevalentes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), la prevalencia de HAS en México en el año 2000, fue de 30.05%, lo que la clasifica como uno de los más importantes problemas de salud pública del país, sobre todo porque gran parte de esta población hipertensa se encuentra en la fase económicamente activa. La prevalencia de la enfermedad es mayor en el grupo de hombres entre 35 y 54 años, portadores de DM y con índice de masa corporal (IMC) mayor que 30 kg/m² (Velázquez *et al.*, 2002).

Según González (2006), entre los hipertensos existen algunos aspectos de mayor prevalencia en la población joven, así como la frecuente asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Importante porcentaje de la población hipertensa desconoce el diagnóstico y aquellos diagnosticados, frecuentemente no realizan el tratamiento adecuadamente.

En la actualidad, existen en México 15.2 millones de personas hipertensas; de un total de pacientes diagnosticados como hipertensos, 46.9% están recibiendo algún tratamiento antihipertensivo, de los cuales solamente 13.6% presenta presión arterial controlada; mientras 53.1%, a pesar de saberse hipertenso, no hace uso de los medicamentos indicados por el médico.

Entre los pacientes diabéticos, 46.2% sufren de HAS (Rosas Peralta, 2003; Rubio, 2005; Mendoza González, 2006; Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de la Sociedad Mexicana de Cardiología, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, 2007).

Las ECV en México constituyen la primera causa de muerte anualmente, responsables de cerca de 70,000 muertes, de las cuales 26,000

se deben a las ECV siendo su mayor prevalencia, entre los hombres (Rosas Peralta, 2003; Rubio, 2005; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2006).

Según Rosas Peralta (2003), en estudios epidemiológicos mexicanos se demostró que la prevalencia de HAS entre mayores de 60 años es bastante elevada semejante a la observada en el resto del mundo. Se estima que el porcentaje de hipertensos de más de 60 años sea de aproximadamente 69.4%, con predominio entre mujeres con más de 69 años.

Guerrero Romero y Rodríguez-Morán (1998) realizaron un estudio comparativo sobre la prevalencia de HAS y los factores asociados, en una población rural marginada del estado de Durango, México. De un total de 627 comunidades rurales, estudiaron a 5,802 individuos, de los cuales 76.7% eran mujeres y 23.3% hombres; 21.9% presentaban HAS. Fueron identificados como principales factores de riesgo relacionados con la HAS: la obesidad, la DM tipo II, el consumo de bebidas alcohólicas y el uso de cigarro.

Otros estudios epidemiológicos mexicanos, mostraron que la obesidad, la HAS y la DM tipo II son las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, pues de 70 a 80% de los individuos adultos presentan, por lo menos, uno de estos tres factores de riesgo cardiovascular. De las variables que influyen en la ocurrencia de HAS, la obesidad es una de las más importantes, debido a su alta prevalencia, especialmente en el área urbana y entre las mujeres. Por otro lado, en la población rural, la frecuencia de la obesidad es baja, corresponde a 9.4% de la población total. Se observó elevada frecuencia, entre los hipertensos, de antecedente familiar de HAS, relacionado al componente materno (González-Caamaño *et al.*, 1986; Cruz, 2002).

La HAS no tiene causa específica y conocida, posee en su historia una serie de indicadores de riesgo que pueden ser explicados o no y presentan fuerte asociación con la enfermedad. De entre ellos está el sexo, la edad, la historia familiar, la obesidad, el sedentarismo, la sensibilidad al sodio, la baja ingestión de potasio, el estrés, la hiper-

colesterolemia y la DM (Cruz, 1998; Rosas Peralta, 2003; Mendoza González, 2006).

Tal problema de salud tiene un impacto social importante considerando los múltiples factores de riesgo; entre ellos la dislipidemia, obesidad, hipercolesterolemia, el abuso de cigarro, del alcohol, la inactividad física y los factores genéticos que elevan la probabilidad de isquemias, ECV y ECV, que constituye actualmente uno de los problemas de salud prioritarios en la sociedad, debido a las graves repercusiones, tanto para el paciente como para las instituciones de salud (Montovani, 1999; Frías, 2000; Simão, 2005).

Sin duda, la corrección de estos aspectos influye en el control del paciente hipertenso. De igual manera se busca superar el desconocimiento de la enfermedad, limitantes económicos y sociales que impiden el seguimiento de un régimen terapéutico adecuado para el control de la PA en cifras normales (Cordeior, Lima Filho, Almeida, 1998; Cruz, 2002).

Álvarez (2003) indica que un camino para mejorar el control terapéutico de los hipertensos se refiere a los programas de ejercicios físicos que ayuda a reducir los costos del tratamiento, al reducir el consumo de fármacos caros y dañinos, además de abatir los costos para los sistemas de salud.

Para el éxito del control de la HAS en millones de pacientes, es indispensable hacer modificaciones en los estilos de vida, con lo que se consiguen reducciones importantes de PA, a lo que contribuye claramente la pérdida de peso; además de la posibilidad de reducción de la cantidad de la dosis de fármacos antihipertensivos. Entre tanto, estas estrategias son lentamente asimiladas por la población (Trindade *et al.*, 1998; Appel, 2006; Díaz Soto, 2006; Guía Europea, 2006).

El sedentarismo es un factor de riesgo modificable, con el ejercicio físico aeróbico y la hidrogimnasia; el individuo puede tener su PA controlada si practica ejercicio supervisado por el profesional de educación física (Portes *et al.*, 2001; Yucha, 2005). Los resultados de estudios apuntan que el ejercicio físico de baja intensidad promueve

el equilibrio seguro de la PA y puede constituir en algunos casos, en una forma de tratamiento no farmacológico auxiliando el control de la HAS y contribuye en a la reducción de la dosis de medicamentos (Forjaz Moarés, 2003; Forjaz, 2006).

El ejercicio físico previene los efectos secundarios de las enfermedades crónicas, interfiere en factores de riesgo como HAS, dislipidemia, obesidad y la DM, para proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes y lograr la reducción del costo en el tratamiento (Araújo, 2001; Menezes, Barreto, Garrone, 2003; Barbosa *et al.*, 2005).

El estrés es otro factor de riesgo para la HAS; , al ser la manifestación emocional del paciente hipertenso, debido a que afecta de forma importante su PA; en individuos con niveles de estrés discreto, moderado o severo, se manifiestan emociones que preocupación, rabia, tristeza, ansiedad o insomnio inciden en el aumento de los niveles tensionales (Barros *et al.*, 2005).

Otro aspecto a ser considerado en relación con el estrés es que algunos pacientes ingieren bebidas alcohólicas para soportarlo, entretanto, el consumo del mismo favorece el sedentarismo (Dantas, 1999; Castro; Scatena, 2004; Mendoza González, 2006). El estrés es un factor de riesgo que favorece el aumento de la PA, aumenta por la presión en el trabajo, presiones del medio social o por los mismos trastornos emocionales. El consumo de cigarro y bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de la mortalidad por ECV (Rego *et al.*, 1990).

La dieta del paciente hipertenso es otro aspecto a ser controlado reconociendo principalmente que la reducción de sal en los alimentos disminuye las cifras PA (Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006). Actualmente la industria alimenticia, busca reducir los niveles de sodio contenidos en los alimentos industrializados en por lo menos 50% (Barros *et al.*, 2005).

Aquino y Silva (2005) analizaron 476 alimentos, entre ellos chocolates, embutidos, tabletas de caldo de carne y constataron que al-

INTRODUCCIÓN

gunos alimentos industrializados no contienen información sobre la cantidad real de sodio contenido en su composición, la cual es importante para los pacientes con HAS; lo mismo pasa con otros que necesitan una dieta estricta en sodio, el caso contrario puede llevar a una descompensación metabólica. La recomendación se refiere a la limitación en el consumo de sal hasta 6g/día (Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

Por otro lado, de acuerdo con el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure-JNC 7^o, la mayoría de los hipertensos asesorados por un médico aún no llevan a cabo cambios suficientes en el estilo de vida, no toman medicamento o no hacen uso de medicamento suficiente para desarrollar un control adecuado de su padecimiento.

Por tratarse de una enfermedad inicialmente asintomática, existe un alto porcentaje de pacientes que no siguen ningún tipo de control y, ni siquiera están conscientes de las repercusiones de la misma. Por esta razón se deben intensificar aún más las medidas educativas de asesoramiento teniendo en perspectiva mejorar el escaso o nulo cumplimiento del tratamiento de estos pacientes. En este aspecto, los grupos de convivencia son importantes tanto para los pacientes, como para los profesionales de la salud. Un estudio realizado entre pacientes hipertensos confirmó que compartir los conocimientos y las vivencias entre los hipertensos, propicia el crecimiento mutuo y favorece el interés por el cuidado propio (Cade, 2001; Caja, 2003; Silva, 2006).

La actuación del equipo de salud multidisciplinario en los cuidados individuales y en grupo favorece la adhesión al tratamiento por medio de estimulación y motivación en el intercambio de experiencias (Oliveira *et al.*, 2002).

Un estudio entre mujeres participantes de un programa de control de la HAS mostró que experimentan dificultades, limitaciones sociales en la vida familiar, y presentan problemas que pueden causarles desde

la incapacidad hasta la muerte, lo que les causa sufrimiento, tristeza y rabia (Pérez, Magna, Viana, 2003; Barbosa, 2005).

Maciel y Araújo (2003) investigaron las actividades desarrolladas por enfermeras. Identificaron que la consulta de enfermería aún se lleva a cabo según el modelo médico curativo tradicional, que las actividades desarrolladas por ellas junto a los pacientes se restringen a la anamnesia, examen físico sumario y orientaciones sobre dietas, medicamentos, actividad física; entre las actividades de la enfermería predomina la atención individual, sin considerar la importancia de la familia y del abordaje grupal, junto al paciente hipertenso.

Queiroz *et al.* (1997), en un estudio realizado entre portadores de HAS con el objetivo de conocer lo que piensan sobre su enfermedad y el proceso de comunicación con el equipo de profesionales responsables de la atención, usaron el marco teórico del análisis de contenido de Bardin, con el que identificaron que los participantes todavía tienen poca relación con el concepto de HAS y que a pesar de que un gran número de ellos hace referencia a los síntomas de la enfermedad, esto no significa que las orientaciones recibidas hayan sido aprendidas. Asimismo destacan el importante papel de la enfermera, dentro del equipo multiprofesional y hacen una reflexión sobre las barreras de comunicación que dificultan o impiden la comprensión necesaria para que el paciente asuma su autocuidado.

De acuerdo con Marroni (2005), se debe considerar las cuestiones socioculturales y las condiciones reales que viven la mayoría de los hipertensos, así como las innumerables dificultades detectadas en los pacientes para llevar a cabo el tratamiento. Por tanto, es preciso considerar la condición de salud y la necesidad del control de la PA, el acceso a los servicios de salud para cumplir con el tratamiento antihipertensivo, y la concientización de que el tratamiento es para toda la vida, a fin de que se puedan atender y mantener los niveles tensionales controlados.

De esta forma, el control de la PA arterial se torna en un desafío para los profesionales de salud, que deben proporcionar oportuna

INTRODUCCIÓN

información y el seguimiento necesario al paciente para que éste logre contribuir de modo significativo en el éxito del tratamiento.

CLASIFICACIÓN DE LOS VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Según la OMS, de acuerdo con los niveles de PA, ésta puede ser clasificada en: óptima, normal, normal alta, hipertensión grado 1 (leve), hipertensión grado 2 (moderada), hipertensión grado 3 (severa) e hipertensión sistólica aislada, conforme se presenta en el cuadro 1.

Cuando las presiones sistólica y diastólica del individuo se encuentran en categorías diferentes, se aplica la categoría más elevada.

De acuerdo con el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-6^o) y las V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, la presión arterial puede ser clasificada con los datos presentados en el cuadro 2.

El valor más alto de sistólica y diastólica establece el estadio de cuadro hipertensivo. Cuando PAS y PAD se sitúa en categorías diferentes, el mayor valor establece el estadio para la clasificación.

En la revisión en el 2003, fueron reafirmados algunos conceptos relativos a los valores y la clasificación de la PA dando origen al 7^o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JCN-7^o), en el que fue introducida la expresión préhipertensión para valores de PAS entre 120-139 mmHg y de PAD entre 80-89 mmHg, como muestra el cuadro 3.

Para Rubio (2005), individuos con cifras de PAS o PAD en el grupo de préhipertensión presentan dos veces más riesgo de desarrollar la HAS que los pacientes con cifras menores, de ahí surge la importancia de esta clasificación.

La Norma Oficial Mexicana (México, 2000) preconiza la clasificación de los valores de presión arterial, conforme al cuadro 4.

Por tanto, los valores de presión arterial son fundamentales en el sentido de evaluar el grado de afectación de la enfermedad, en caso de

CUADRO 1
Clasificación de la presión arterial de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Who..., 1999)

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)
ÓPTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	< 85
NORMAL ALTA	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN GRADO 1 (LEVE)	140-159	90-99
HIPERTENSIÓN GRADO 2 (MODERADA)	160-179	100-109
HIPERTENSIÓN GRADO 3 (SEVERA)	≥ 180	≥ 110
HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA	≥ 140	< 90
SUBGRUPO: BORDERLINE	140-149	< 90

Fuente: Who...(1999)

CUADRO 2
Clasificación de la presión arterial de acuerdo con las V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) y el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure-JNC-6° (1997)

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)
ÓPTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	< 85
LIMITROFE	130 - 139	85- 89
HIPERTENSIÓN		
ESTADIO 1 (LEVE)	140-159	90-99
ESTADIO 2 (MODERADA)	160-179	100-109
ESTADIO 3 (GRAVE)	> 180	> 110
SISTÓLICA AISLADA	> 140	< 90

Fuente: JNC-6° (1997); V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)

que ya esté instalada se debe atender los valores encontrados y analizarlos en el contexto en que el individuo se encuentra. Por esta razón es fundamental que en la valoración del individuo sean consideradas

INTRODUCCIÓN

de las condiciones fisiológicas e individuales propias, conjuntamente con los factores de riesgo que contribuyen para el surgimiento de la enfermedad hipertensiva.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la enfermedad hipertensiva pueden ser clasificados en: no modificables, que comprenden edad, sexo, raza y la historia familiar, y aquellos que son plausibles de modificación como la ingesta excesiva de sal, la gordura, ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de cigarro y otros factores relacionados al trabajo y clase social (Brasil, 1993).

Factores de riesgo no modificables

Estos factores están relacionados con la biología humana y se refieren a la herencia genética, al sexo, la edad y la raza (Dever, 1988).

Herencia: presentan mayor predisposición para el desarrollo de HAS, los hijos de padres con HAS; se desconoce el mecanismo exacto de esta ocurrencia, entretanto la experiencia acumulada ha mostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, aumenta la posibilidad de desarrollar HAS en el futuro (Frías 2000; Simão, 2005).

Sexo: los hombres tienen mayor predisposición para desarrollar HAS que las mujeres; éstas presentan tendencia aumentada en la menopausia; a partir de ahí la prevalencia en ambos sexos se iguala (Dantas *et al.*, 1999; Lima *et al.* 2001).

Edad: la edad influye sobre las cifras de PA, de manera que tanto la PAS como la PAD aumentan con la edad; evidentemente vamos a encontrar mayor número de hipertensos entre los individuos con edad más avanzada. En los países industrializados la frecuencia de hipertensos entre la población mayor de 65 años es de aproximadamente 60% (Palmero, 2000).

CUADRO 3
Clasificación de la presión arterial según el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure-JNC-7^m

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSIÓN	120 A 139	80 A 89
ESTADIO I	140 A 159	90 A 99
ESTADIO II	≥ 160	≥ 100

Fuente: Chobanian *et al.*, 2003.

CUADRO 4
Clasificación de la presión arterial de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (MÉXICO, 2000) y el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure-JNC-6^o (1997)

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)
ÓPTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	< 85
NORMAL ELEVADA	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN-ESTADIO I	140-159	90-99
HIPERTENSIÓN-ESTADIO II	160-179	100-109
HIPERTENSIÓN-ESTADIO III	≥ 180	≥ 110
HIPERTENSIÓN SISTÓLICA AISLADA	≥ 140	< 90

Fuente: Diario Oficial de la Federación (2000); JNC-6^o (1997)

Raza: la HAS es más frecuente entre los negros, los cuales, en comparación con los blancos poseen el doble de posibilidades de desenvolver HAS (Maciel, 1997; Frías, 2000).

Factores de riesgo modificables

Incluyen diversos aspectos relacionados a los factores ambientales y al estilo de vida, incluyendo la obesidad, ingesta excesiva de sal, consumo

de bebida alcohólica y de cigarros, sedentarismo, además de aquellos relacionados a la organización de los servicios de salud (Dever, 1988).

Obesidad: en la mayoría de los casos, la HAS se asocia con la obesidad, debido al aumento de gasto cardiaco y su relación con el aumento de riesgo de muerte súbita o angina pectoris. Un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener PA elevada que un individuo con peso normal (Wittchen, 2003; Arroyo, 2005; Kuller, 2006). El exceso de peso contribuye un mayor trabajo cardiaco, y la disminución del peso favorece la disminución de la PA, también previene las ECV (Santello, 2000; Gutiérrez, 2001).

Ingesta de sal: las necesidades diarias de sal están alrededor de 6 gramos/día, lo que equivale a una ingesta abajo de 30 meq/día; los pueblos de Occidente consumen hasta ocho veces esta cantidad, por medio del consumo de quesos, embutidos, enlatados y otros alimentos industrializados. La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y favorece el aumento de la PA. Para la reducción de la PA, el primer paso es la disminución del consumo de sal en la alimentación; otro aspecto a ser considerado es el hábito de lectura de los rótulos de productos industrializados, especialmente para aquellos que necesitan de dieta restringida en sodio (Arrijo Morales, Alonso Castillo, 2004; Aquino, Silva, 2005).

Sedentarismo: diversos estudios realizados entre individuos sedentarios indican el aumento de la PA relacionado al sedentarismo. La falta de ejercicio favorece el aumento de la obesidad, que a su vez aumenta la PA. Los resultados de estudios revelan que un paciente sometido a un programa de ejercicio físico controlado reduce la PA, además aumenta su capacidad cardiovascular (Portes *et al.*, 2001). Por tanto, un programa de ejercicio aeróbico ayuda a fortalecer el corazón, a reducir el peso y controla la PA. No se sabe el mecanismo exacto de este proceso, sin embargo, el ejercicio debe ser realizado de acuerdo con la edad de cada persona, con duración mínima entre treinta y cuarenta y cinco minutos, dos o

tres días por semana (Menezes, Barreto, Garrone, 2003; Delbin, Zanesco, 2005; Pinheiro; Chakur, 2005; Araújo, García, 2006). Alcoholismo y tabaquismo: el cigarro y el alcohol, bien como las bebidas ricas en cafeína aumentan la PA. Se sabe que el uso del tabaco puede acelerar el proceso de aterosclerosis en personas con HAS; de la misma forma, el uso excesivo de bebida alcohólica puede contribuir para el desarrollo del mantenimiento de la HAS. La ingesta de alcohol se debe limitar a 30g de etanol diarios, para el hombre y 15g para las mujeres, ya que con el consumo hasta estos niveles el riesgo para el desarrollo de ECV puede disminuir o no manifestarse (Maciel, 1997; Chor, 1998; Frías, 2000; Simão, 2005).

Estrés: el estrés es definido como la sensación de amenaza física o psicológica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida que puede provocar HAS, a través de elevaciones tensionales repetidas, determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. Las terapias de relajamiento para el manejo de la HAS han mostrado buenos resultados y junto con el tratamiento farmacológico, provocan disminuciones importantes de la PA (Frías, 2000; Rubio, 2005).

Las emociones son estados anímicos que pueden ser originados por causas externas e internas, que logran persistir a pesar de desaparecer el estímulo que los acompaña en menor o mayor grado por una conducta emotiva. Estas emociones se clasifican en ocho categorías: temor, tristeza, rabia, ira, esperanza, alegría y aceptación. Estas emociones nos ayudan a adaptarnos a las demandas del medio ambiente, la intensidad de las emociones es variable de un individuo a otro (Chávez Correa, Cade, 2004; González Valdez, 2006).

Las emociones son acompañadas de reacciones somáticas, ya que ocurren de forma simultánea con las respuestas corporales; las reacciones somáticas que el organismo presenta con mayor frecuencia son: alteraciones en la circulación, cambios respiratorios y de las secreciones glandulares, que dan origen a las enfermedades

psicosomáticas más frecuentes del aparato respiratorio, gastrointestinal, dermatológico, genitourinario y cardiovascular (Hernández Meléndez, Palmera Chávez, 2003; Martí Tusquets, 2004).

Medicamentos: se debe considerar que ciertos medicamentos promueven vasoconstricción aumentando la resistencia vascular periférica a través de la retención de líquidos, elevando la PA. Entre ellos están los antiinflamatorios no esteroides, los contraceptivos, los simpatomiméticos y los esteroides.

Los síntomas que caracterizan a la HAS aguda son: la ansiedad, la confusión, fatiga y cefalea. Si la HAS es grave, los síntomas que surgen son: confusión, náuseas, vómitos, dolor precordial, alteración de la visión (escotomas visuales), zumbidos, epistaxis, diaforesis excesiva, hemiparesia, mareo y ritmo respiratorio irregular (Castro, 2006).

El diagnóstico de la HAS es realizado por medio de la medida de los valores de la PA con el uso de un aparato manual o digital. El JNC-7^o (2006) consideró, en su clasificación, el término prehipertensión, para valores de PAS entre 120-139 mmHg y de PAD entre 80-89 mmHg. Estas cifras alertan sobre la posibilidad de que individuos con esos niveles tensionales puedan desarrollar la HAS en un corto plazo. En general el tratamiento farmacológico para esta enfermedad debe tener un objetivo central: reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular. En este sentido, además de los fármacos, es necesario un manejo integral de todos los factores de riesgo cardiovascular presentados por el hipertenso (Verdecchia, 2003; Guia Européa, 2007).

Los diuréticos son frecuentemente utilizados en el tratamiento de la HAS. La HAS esencial, de causa desconocida, no tiene cura y el paciente tendrá que recibir tratamiento con dieta y con fármacos por toda la vida (Moreira, 2005). La disponibilidad de los servicios de salud y el acceso a la información son fundamentales para garantizar el tratamiento o la adopción de hábitos de vida saludables que ayuden en el control de la PA (Chor, 1998).

A la luz de estos datos se puede verificar la complejidad en la detección precoz, control y tratamiento de la HAS; el desarrollo del presente estudio tiene la finalidad de identificar entre un grupo de hipertensos registrados en un centro de salud del municipio de Toluca, México, cómo perciben su enfermedad y cómo es su convivencia desde el diagnóstico, tratamiento, hasta el momento actual.

EL CUIDADO DEL HIPERTENSO

Dentro de las líneas del Plan Nacional de Salud, se promueve la adopción de estilos de vida saludables por medio del autocuidado, término que ha estado presente desde 1978, en la conferencia Internacional de Alma Ata, hasta la actualidad (Frias, 2000).

El autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que los individuos realizan para mantener su vida, salud y bienestar (OREM, 1993). El concepto de cuidado del individuo ha tenido innumerables facetas, pero principalmente alude a una mayor conciencia en la necesidad de realizar actividad física, disciplinar la dieta, el control del estrés y en forma general cuidar el estilo de vida individual.

Como resultado surgieron los centros de atención holística, los centros de descanso o los centros vacacionales, es así como los individuos han comenzado a preocuparse por su salud física y mental, a través de practicar aeróbicos, tenis, ciclismo, manejo de técnicas de control del estrés.

El cuidado individual debe transformarse en un bienestar que forme parte de la vida diaria, es decir, colocar el énfasis principal en la salud y no en la enfermedad, hacer un cambio en los programas de salud dedicados a la enfermedad. En lugar de prevenir riesgo en el hipertenso, diabéticos y otros, requerimos aumentar la necesidad de cuidar la salud en individuos aparentemente sanos; el cuidado mediante los grupos de convivencia propicia un crecimiento individual en el proceso de enseñar y aprender (Orem, 1993).

INTRODUCCIÓN

Es claro que cuando la enfermedad está presente, el cuidado es encaminado para el tratamiento; por tratarse de una enfermedad crónica como hipertensión arterial, la actuación de los profesionales de la salud necesita ser dirigida para la prevención, control y terapia medicamentosa. En este contexto las acciones de prevención deben ser parte de la vida diaria de los pacientes. Por ser en la mayoría de los casos una enfermedad asintomática los portadores, muchas veces, abandonan los cuidados necesarios. Por consiguiente no están conscientes de las repercusiones de la enfermedad y de la importancia del control. Por esta razón se pretende que el paciente sea el protagonista de su propio cuidado, así la participación del equipo de salud multidisciplinario propicia una mejor adhesión al tratamiento, y proporciona para el sistema de salud un mejor control de la HAS y de sus usuarios (Caja, 2003; Silva, 2006).

MARCO TEÓRICO:

EL MODELO DE CAMPO DE SALUD DE LALONDE

Según Dever (1988), la importancia de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud es para mejorar el nivel de salud colectiva, amplía la comprensión de los problemas de salud por los prestadores de servicios y propone un abordaje integral del individuo.

De acuerdo con Capra (2000), existen soluciones para los problemas que enfrentamos, pero esto requiere modificar nuestras percepciones, pensamientos y valores; se trata de un cambio de visión en la ciencia y en la sociedad, lo que resulta en un nuevo paradigma. Para este autor, la adopción de una visión holística es fundamental, pues sólo así se puede concebir el mundo como un todo integrado y no como partes separadas.

La salud, por consecuencia, debe ser vista como un indicador de calidad de vida, que es determinada por las condiciones generales de la existencia humana (Duchiade, 1995; Guimarães, 2001).

Desde esta perspectiva debemos considerar una mayor en la promoción de la salud; la educación constituye un instrumento fundamental para su efectividad.

Según Finkelman (2002), la asociación de la promoción de la salud con la actuación sobre determinantes ambientales y de estilos de vida se originó con la segunda revolución epidemiológica, representada por el movimiento de prevención de enfermedades crónicas. En 1943, la medicina social inglesa ya se preocupaba por la epidemiología de las enfermedades crónicas prevalentes y, considerando sus correlaciones con las condiciones sociales y ocupacionales, ellas debían ser, en mayor o menor grado previsible por los estudiosos del área.

Las mejoras en la nutrición, en el saneamiento y las modificaciones en las conductas de la reproducción humana hace mucho tiempo que son reconocidas como los principales factores responsables de la reducción de la mortalidad, así como las vacunaciones y el advenimiento de la antibiótico terapia (Becker, 2001; Finkelman, 2002; Nonino-Borges, Dos-Santos, 2004).

La medicina social inglesa practicada en Canadá refleja los principios de universalización de la asistencia médica centrados en la prevención y la promoción de la salud como parte fundamental del sistema de salud de aquel país. La constatación del papel de los determinantes generales sobre las condiciones de salud vino a calificar la moderna promoción de la misma, que debe mucho a la actuación de los servicios de salud pública canadiense y a la posterior influencia internacional (Chor, Faerstein, 2000; Moreira *et al.*, 2004).

El Informe Lalonde (1974) estableció el marco inicial de la moderna promoción de la salud en Canadá, considerada la primera declaración teórica alcanzada en la salud pública. Utilizando el Modelo de Campo de Salud, propuesto por Laframboise en 1973, el documento fue publicado por Lalonde en 1974 con el título "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses", y nació de una preocupación sobre la falta de una estructura conceptual para analizar los proble-

mas de salud de los canadienses. Según lo referido en el documento la salud está determinada por un conjunto de factores agrupados en cuatro categorías:

Biología humana: que envuelve todos los factores que se manifiestan como consecuencia de la constitución orgánica del individuo, incluyendo su herencia genética y sus procesos de maduración; abarca aspectos relacionados tanto con la salud física como con la mental.

Medio ambiente: agrupa factores externos al organismo, en sus dimensiones física y social, sobre los cuales el individuo ejerce poco o ningún control; por tanto, son parte del ambiente físico: la calidad del agua, el aire, el ruido, los cambios rápidos ocurridos en el ambiente social, que implica múltiples problemas, como es el caso de las enfermedades infecciosas y mutaciones genéticas.

Estilo de vida: significa un conjunto de decisiones que el individuo adopta para su salud, en lo que se refiere, por ejemplo, a las actividades de descanso, alimentación, sueño, reposo y, sobre su control. Desde el punto de vista de la salud, comprenden hábitos y decisiones personales que generan riesgos autocreados. Esos riesgos resultan en una enfermedad o hasta la muerte. Se puede afirmar que el estilo de vida del individuo es responsable de la enfermedad o muerte. Las enfermedades y las muertes prematuras son resultados de riesgos autocreados (Dever, 1991).

El concepto de estilo de vida propuesto por el Modelo de Campo de Salud, incluye la capacidad de tomar decisiones por el individuo que afectan su propia salud. Las decisiones erróneas o incorrectas, también llamadas “riesgo autocreado”, incrementan el riesgo de enfermedad o muerte prematura. Para este autor los efectos de los riesgos autocreados relacionados con las ECV u otro grupo de enfermedades se refleja en los hábitos destructivos presentes en los estilos de vida, tales como: la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas que favorece el desarrollo de enfermedades como la cirrosis hepática, encefalopatías, accidentes automovilísticos,

obesidad y la mala nutrición; el tabaquismo que causa desde una bronquitis crónica, enfisema pulmonar, hasta un cáncer pulmonar, y agrava la HAS.

El abuso de medicamentos que lleva a la dependencia y a los efectos colaterales; dieta incorrecta y falta de ejercicio de lo que resulta la obesidad y sus consecuencias derivadas de alta ingestión de alimentos grasos, que favorecen la aparición de aterosclerosis y enfermedades coronarias; la alta ingestión de carbohidratos contribuye al surgimiento de la obesidad y de la caries dental, ayuda a agravar la HAS; la falta de recreación y de relajamiento de las tensiones diarias que generalmente se asocian al estrés (Dever, 1988).

Organización de los servicios de salud: abarcan la disponibilidad, cantidad y calidad de los recursos destinados a los cuidados de la salud, que incluye médicos, enfermeras, hospitales, farmacias, servicios de salud públicos y privados, ambulatorios y servicios odontológicos; generalmente es definido como el sistema de atención a la salud.

El Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de Salud (OPAS) señala que el Modelo de Campo de Salud fue aplicado en 1988, por Dever, epidemiólogo norteamericano. En sus investigaciones realizadas en el estado de Georgia, EUA demostró que el elemento más importante en la ocurrencia de las ECV estaba relacionado con el "estilo de vida". Para el autor, las intervenciones de los programas preventivos no reducen los daños y éstos deben estar dirigidos hacia los cambios de comportamiento que perjudican la salud y mantener hábitos saludables (Dever, 1991; Hortale, Conili, Pedroza, 1999; Simão, 2005).

Blum (1988) utilizó el modelo epidemiológico y propuso el modelo Ambiente de Salud, posteriormente denominado El campo de fuerzas y los paradigmas de bienestar de la salud. Para este autor los cuatro factores: biología humana, medio ambiente, estilos de vida

INTRODUCCIÓN

y la organización de los servicios de salud se relacionan entre sí e integran un círculo; además de otros factores tales como: población, sistemas culturales, salud mental, equilibrio ecológico y recursos naturales, que también necesitan ser considerados (Dever, 1991).

Estos cuatro factores presentan el mismo valor, entretanto es necesario mantener un equilibrio para que las condiciones de salud del individuo se mantengan en armonía. Así, Blum (1988) establece que los factores ambientales, seguidos de los comportamientos, relativos a los estilos de vida, son los más importantes, sumados a los factores biológicos y por último, a los servicios de salud.

Este modelo, según su pertinencia, ha sido utilizado en diversos estudios sobre individuos portadores de enfermedades crónica (Dantas, 1999; Simão, 2005).

Así, el presente estudio, cuyo centro de atención es el paciente portador de HAS, busca explorar lo cotidiano del paciente en relación con la percepción de su enfermedad, entendemos que el Modelo de Campo de Salud de Lalonde constituye el marco teórico que favorece la comprensión y mejor interpretación de los hallazgos de este estudio.

OBJETIVOS

- Caracterizar a los pacientes hipertensos incluidos en un programa de ejercicio aeróbico de acuerdo con las variables: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud, del Modelo de Campo de Salud de Lalonde.
- Analizar el sentir y el pensar de los hipertensos sobre su enfermedad y los cuidados en lo cotidiano que dan a la misma.

METODOLOGÍA

UNIVERSO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio exploratorio de abordaje cuanti-cualitativo, desarrollado con un grupo de 200 pacientes hipertensos registrados en un programa de ejercicio aeróbico para portadores de enfermedades crónico-degenerativas.

LUGAR DEL ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en una institución de salud, del sector público de la ciudad de Toluca, México.

México es un país con una población de 103, 263, 388 habitantes, de los cuales 51.3% son mujeres. Está constituido por 32 estados y un Distrito Federal, se localiza en el continente americano, colinda al norte con Estados Unidos de América y al sur con Guatemala y Belice, al este con el Golfo de México y al oeste con el Océano Pacífico (México, 2006).

Datos recientes divulgados por la Encuesta Nacional del Estado de México indican el aumento en el número de hipertensos en la ciudad de Toluca, especialmente en individuos mayores de 50 años (Suive, 2006).

La alimentación de esta población es a base de carne, frutas y verduras, la mayor parte adopta una porción complementaria de alimentos derivados del maíz (México, 2006).

Los resultados de la Encuesta Nacional indicaron la necesidad de esforzarse para instituir medidas preventivas enfocadas a una alimentación saludable; realizar actividad física, abandono del consumo de tabaco y alcohol, especialmente en la población de alto riesgo (Toluca, 2006).

En el área de salud, la ciudad de Toluca cuenta con varios centros hospitalarios: Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), además de una amplia gama de consultorios médicos y hospitales particulares. Existe una proporción de un médico y una enfermera por cada 1,840 habitantes. Las unidades médicas de salud pública proporcionan atención de medicina general prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes. En las instalaciones tanto del sector público como del privado se cuenta, en algunos de ellos, con instrumental y equipo de alta tecnología para atender problemas especializados, según el Plan Nacional de Salud (2006).

En cada una de las instituciones de salud existen programas de prevención derivados del Plan Nacional de Salud (México, 2005), basados en la Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2005, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, que fue aprobada por el Comité Consultivo Nacional de Normatización de Prevención y Control de Enfermedades (2001).

En la ciudad de Toluca, cada institución de salud de la red pública consta de un Programa de Ejercicio Aeróbico en el que están inscritos pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, como: DM, HAS, osteoporosis y artritis. Estos programas son coordinados y dirigidos por enfermeras. Los pacientes registrados pueden frecuentar este pro-

grama tres días por semana, en un horario de 8 a 10 horas (lunes, miércoles y viernes o miércoles, jueves y sábado); posteriormente son evaluados por el médico para continuar con el programa de ejercicio. Durante el Programa de Ejercicio Aeróbico son acompañados de forma continua, se mide, se pesa, se toma la PA y se hace seguimiento del tratamiento propuesto.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Participaron en el estudio 48 pacientes hipertensos de un universo de 200 individuos con HAS, registrados en el Programa de Ejercicio Aeróbico del centro de salud, Toluca, México. Fueron considerados los siguientes criterios de inclusión para participar: ser hipertenso, con diagnóstico confirmado por el médico del centro de salud; de ambos sexos; participar de forma regular en el Programa de Ejercicio Aeróbico, mayor de 18 años, tener un mínimo de tres meses en el programa y hacer referencia a algún síntoma, y desde su punto de vista explicar cómo fue desarrollándose la hipertensión arterial. Este grupo fue dividido en dos, aquellos con PA controlada y los de PA no controlada.

Después de un periodo de dos meses de convivencia de la investigadora con el grupo de hipertensos, y la participación activa durante el desarrollo de las actividades del hipertenso, fue posible un mayor acercamiento y empatía. En esos momentos de convivencia se les invitó a participar de forma voluntaria en el estudio. Asimismo, se les explicó los objetivos de la investigación, y se les informó de la entrevista. Éstas fueron programadas de acuerdo al horario y el lugar señalado por los participantes, para obtener la información requerida para el estudio.

Excluimos de esta muestra a pacientes que además de ser hipertensos tenían el diagnóstico de DM, tres pacientes que no terminaron con la entrevista y cinco pacientes que abandonaron el programa.

MÉTODO DE OBTENCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos fueron utilizados dos métodos, respectivamente para las dos fases del trabajo. En la primera, se buscaron datos cuantitativos y en la segunda, datos cualitativos.

Primera fase

Fue utilizado el método de obtención de datos, adaptado de Simón (2005), que contempló los cuatro elementos del Modelo de Campo de Salud de Lalonde, para lo cual fue necesario hacer una versión en español.

Así, el método contiene los siguientes puntos:

Biología humana: indica datos de identificación y antropométricos, como peso, altura y valores de PA, además de antecedentes familiares.

Medio ambiente: abordó datos sobre formación, actividad profesional, estructura familiar y condición financiera.

Estilo de vida: envuelve aspectos ligados a la práctica de actividad física, hábitos alimenticios, consumo de bebida alcohólica, tabaquismo, entre otros.

Organización de los servicios de salud: información relacionada con la utilización de los servicios de salud, tratamiento de enfermedades y uso de medicamentos.

Segunda fase

En esta fase, los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas conducidas por la investigadora, a través de cinco preguntas que orientaron el estudio y tuvieron la finalidad de comprender el “sentir y el pensar” de los hipertensos sobre su enfermedad y los cuidados de la misma.

El objetivo de la entrevista fue reunir información basada en el discurso libre del sujeto, con el que pudiese manifestar su experiencia cotidiana con la enfermedad (Minayo, 1993).

Para comprender los mensajes emanados de los discursos se utilizó el método del análisis de contenido de Bardin (1977), pues permite estudiar los testimonios de los pacientes, y obtener contenidos complejos de conocimientos, al responder una pregunta abierta, lo que completó el análisis del contenido (Jarra, 1999, Merighi; Praça, 2003, Flick, 2004).

Análisis de contenido

El análisis de contenido es una técnica útil en la investigación social, que nos ayuda a explorar y señalar los elementos relevantes del discurso verbal y no verbal. Es un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones para obtener de manera objetiva y sistemática la descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permitan la inferencia de los conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción (variables inferidas) de estos mensajes (Bardin, 1977).

Partiendo de una visión más amplia, se puede localizar el análisis de contenido en el extenso campo formado por los métodos y técnicas de investigación sociológica, considerando que la investigación y la observación se realizan siguiendo métodos diferentes para analizar los elementos más relevantes del discurso verbal y no verbal (Álvarez-Gayou, 2004).

El análisis de contenido cualitativo es una técnica que permite verificar la presencia de temas, de palabras o de conceptos de un contenido; favorece la interpretación del material estudiado con la ayuda de algunas categorías analíticas al destacar y describir sus particularidades (Álvarez-Gayou, 2004).

Etapas de análisis de contenido

Organización del análisis

Las diferentes etapas de análisis de contenido, tales como la aproximación sociológica o la experimentación, se organizan en

torno de tres polos cronológicos: fase de organización de la lectura de los documentos, que permite la necesaria familiarización del investigador con el contenido y los diferentes temas posibles, llamada generalmente lectura fluctuante, que consiste en establecer contacto con los documentos para analizar adentrándose poco a poco en las lecturas para captar las impresiones y las orientaciones; escoger los documentos cuyo universo puede ser determinado *a priori*, para constituir el *corpus*, o “conjunto de documentos para ser analizados”.

Es importante considerar las reglas, tales como: exhaustividad, representatividad, homogeneidad, pertinencia y formulación de hipótesis y de objetivos. De la formulación de hipótesis y de objetivos surgen las afirmaciones provisorias que serán investigadas, suposiciones cuyo origen es la intuición. Por último, el autor recomienda preparar todo el material en esta etapa, entrevistado tanto en la forma escrita como grabada, con la finalidad de manipular las informaciones para el análisis (Bardin, 1977).

Exploración del material (análisis cuantitativo y/o cualitativo)

En esta fase el investigador hace una lectura cuidadosa y de tema sistemática. Se trata de una fase que consiste esencialmente en operaciones de codificación, reducción o enumeración en función de las instrucciones previamente formuladas. La principal función es codificar el material. De acuerdo con Bardin (1977): “La codificación corresponde a un tratamiento de los datos brutas del texto. Transformación que por descomposición, agregación o numeración permite llegar a una representación del contenido de su expresión, susceptible de dejar claro al analista las características del texto”.

Todo análisis de contenido supone la descomposición del material tratado en elementos de análisis. Estos elementos deben ser clasificados en categorías. Su determinación es, por tanto, más delicada cuando

El número y la forma de las categorías pueden ser variables según los objetivos de la investigación. El análisis de contenido es una herramienta de profundidad de las diversas producciones que son las impresiones de la vida individual y colectiva.

El autor recomienda hacer la referenciación de los índices y la elaboración de indicadores. Se consideran los textos como manifestaciones contenidas en los índices, que el análisis posibilitará el trabajo preparativo en la selección y organización sistemática de los indicadores. Esto es, las frases repetidas frecuentemente son las que servirán de indicador (Bardin, 1977).

Una vez seleccionados los índices se procede a la construcción de los indicadores de forma precisa y segura. Desde el preanálisis deben ser determinadas las operaciones de recorte de texto, eligiendo las unidades de análisis. La codificación para el registro de los datos comparables corresponde a una transformación de los mismos y permite una representación del contenido de las expresiones, susceptibles de aclarar las características del texto que pueden servir de índices. La codificación comprende el recorte, la enumeración y la clasificación de los textos.

Para eso, es importante tener unidades de registro y unidades de contexto. La categorización para el análisis temático o las unidades de significación consisten en descubrir los temas y las unidades de registro. En esta técnica de análisis hay una regla de recorte; posteriormente se procede a contar las unidades de significación para la codificación y por último se hace la clasificación en categorías.

Tratamiento del material e interpretación de los resultados

En esta fase los datos brutos fueron tratados de manera significativa y evaluados de forma que permitan establecer cuadros y resultados. Por otro lado, los datos pueden ser confrontados de manera sistemática con el material y el tipo de inferencias alcanzadas, como también pueden servir de base para otra forma de

análisis dispuesta en torno de las nuevas dimensiones teóricas. Es importante desprender los componentes de los mensajes y componer las categorías en un proceso que consiste en la selección de las unidades de análisis.

Unidad de análisis es el conjunto de los datos producidos y su relación con los temas propuestos para el análisis. En el presente estudio se refiere a los cuatro elementos del Modelo de Campo de Salud de Lalonde, caracterizando lo que se llama *corpus* (Bardin, 1977). Posteriormente, se componen las Unidades de Significación, que consisten en el agrupamiento de las unidades de análisis, que guardan relación entre sí.

PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

De acuerdo con los conceptos éticos vigentes, dispuestos en la Ley General de Salud (2004), en lo referente a materia de investigación para la salud, artículo 14, inciso VII, el proyecto fue enviado al Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, México, órgano responsable para el análisis y aprobación del presente proyecto, el cual fue clasificado en el artículo 17, inciso II, considerando a la investigación de riesgo mínimo para el sujeto. Posteriormente a esta aprobación, el referido proyecto fue presentado a las autoridades del centro de salud y se obtuvo la autorización del campo para estudio.

ESTUDIO PILOTO

Con el objetivo de adecuar el contenido del método de obtención de datos, esto es las preguntas que conducen la investigación, para la segunda fase de la obtención de datos, fue realizado un estudio piloto entre doce pacientes hipertensos. Este estudio permitió identificar que algunas preguntas no estaban bien formuladas, ya que dificultaban el

entendimiento e interpretación por parte de los participantes; fueron modificadas, para la elaboración de los instrumentos definitivos.

OBTENCIÓN DE DATOS. PRIMERA FASE

En esta fase la investigadora se integró al grupo de hipertensos que frecuentaban el Programa de Ejercicio Aeróbico para conocer a los pacientes portadores de HAS. Se obtuvo de esta forma acceso a los informantes, con la colaboración incondicional de la responsable del programa.

La obtención de datos se llevó a cabo durante los meses de agosto de 2006 a mayo de 2007, en el propio centro de salud de San Bartolomé donde se desarrollaba el Programa de Ejercicio Aeróbico, periodo en el que se utilizó el instrumento específico; para ello fue reservado un local privado, con día y hora acordados entre la investigadora y el paciente. Estos encuentros hicieron posible establecer vínculos de confianza fundamentales para las entrevistas. Al inicio de la obtención de datos, los pacientes fueron informados sobre los objetivos del estudio, de su derecho a interrumpir la participación en el estudio en cualquier momento, y que los datos serían recabados solamente solamente con autorización previa, mediante la firma del consentimiento libre y con conocimiento.

Los datos fueron obtenidos individualmente por la investigadora, con la colaboración de cinco alumnas del octavo semestre del curso de licenciatura en enfermería, recibieron entrenamiento previo para la actividad, teniendo en cuenta la unificación de los procedimientos. Durante la obtención de los datos, se utilizó la entrevista, para determinar también datos antropométricos, como: peso, altura, circunferencia abdominal y de cadera, circunferencia braquial, además de valores de la PA.

Determinación de los valores de presión arterial

Los valores de la PA fueron determinados por el método indirecto

entendimiento e interpretación por parte de los participantes; fueron modificadas, para la elaboración de los instrumentos definitivos.

OBTENCIÓN DE DATOS. PRIMERA FASE

En esta fase la investigadora se integró al grupo de hipertensos que frecuentaban el Programa de Ejercicio Aeróbico para conocer a los pacientes portadores de HAS. Se obtuvo de esta forma acceso a los informantes, con la colaboración incondicional de la responsable del programa.

La obtención de datos se llevó a cabo durante los meses de agosto de 2006 a mayo de 2007, en el propio centro de salud de San Bartolo donde se desarrollaba el Programa de Ejercicio Aeróbico, periodo en el que se utilizó el instrumento específico; para ello fue reservado un local privado, con día y hora acordados entre la investigadora y el paciente. Estos encuentros hicieron posible establecer vínculos de confianza fundamentales para las entrevistas. Al inicio de la obtención de datos, los pacientes fueron informados sobre los objetivos del estudio, de su derecho a interrumpir la participación en el estudio en cualquier momento, y que los datos serían recabados solamente con autorización previa, mediante la firma del consentimiento libre y con conocimiento.

Los datos fueron obtenidos individualmente por la investigadora, con la colaboración de cinco alumnas del octavo semestre del curso de licenciatura en enfermería, recibieron entrenamiento previo para la actividad, teniendo en cuenta la unificación de los procedimientos. Durante la obtención de los datos, se utilizó la entrevista, para determinar también datos antropométricos, como: peso, altura, circunferencia abdominal y de cadera, circunferencia braquial, además de valores de la PA.

Determinación de los valores de presión arterial

Los valores de la PA fueron determinados por el método indirecto

auscultativo, utilizando un esfigmomanómetro, previamente probado y calibrado, con manguitos para la extensión del brazalete compatible con la circunferencia braquial del individuo, conforme recomendaciones de Perloff *et al.* (1993); Mion Jr. y Pierin (2000); México (2000); Sociedad Brasileira de Hipertensión; Sociedad Brasileira de Cardiología; Sociedad Brasileira de Nefrología (2006).

La determinación de los valores de PA fue obtenida del miembro superior derecho (MSD), indicándole al sujeto permanecer cinco minutos en reposo. Fueron realizadas dos medidas consecutivas, con intervalo de 60 segundos entre cada una, el paciente permaneció cómodamente sentado con el brazo apoyado sobre la mesa y a nivel del corazón.

Al paciente se le indicó además, no cruzar las piernas, ni hablar, con la vejiga urinaria vacía, sin haber comido, bebido alcohol, ni hecho ejercicio físico pesado en los treinta minutos anteriores a la medición de PA.

Los valores de PAS y PAD fueron obtenidos por la media de dos lecturas consecutivas de los valores de PA. Los criterios adoptados para la clasificación de los valores de PA según las recomendaciones del Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (Chobanian, 2003) y la Norma Oficial Mexicana (México, 2006), que definen como HAS cifras de PA iguales o mayores a 140 mmHg para PAS y de 90 mmHg la PAD. Para fines de este estudio se consideró como hipertensos a los individuos con diagnóstico previo de HAS, independientemente de los valores de PA durante la obtención de datos. Los valores de la PA así recabados provinieron de la clasificación de hipertenso en la condición de PA controlada o no controlada.

Antropometría (peso y altura)

El peso corporal fue obtenido por medio de una báscula antropométrica calibrada y con capacidad de 150 kg. Inicialmente, con el sujeto sin calzado y en posición erecta; medimos la altura con uso de una

cinta métrica de 150 cm, fija de forma invertida en la pared plana. A partir de la determinación del peso y la altura se calculó el índice de masa corporal (IMC), usando el criterio para la clasificación de los valores y recomendaciones de la OMS (Who, 2000), los cuales son:

Bajo peso: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$;

Peso normal: IMC entre $18,5 \text{ kg/m}^2$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$;

Preobesidad: IMC entre 25 kg/m^2 a $29,9 \text{ kg/m}^2$;

Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$; Nivel I: IMC entre 30 kg/m^2 a $34,9 \text{ kg/m}^2$;

Nivel II: IMC entre 35 kg/m^2 a $39,9 \text{ kg/m}^2$; Nivel III: $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$

Circunferencia abdominal y de cadera

La circunferencia abdominal y de cadera fue medida con la cinta métrica elástica, estando el paciente en posición erecta, con los brazos extendidos y los pies juntos. La circunferencia abdominal fue obtenida tomando el punto medio entre el final de los arcos costales a la altura de la cicatriz umbilical; la circunferencia de cadera, y la altura de los trocánteres femorales, pasando por la porción más saliente de los glúteos. A partir de la medida de la circunferencia abdominal y la cadera, obtuvimos la relación cintura cadera (RCC). La literatura científica establece varios puntos de corte para discriminar valores adecuados de la RCC; así se optó por utilizar en esta investigación, dos categorías de los puntos más usados. La primera define valores adecuados de RCC en centímetros, siendo los inferiores a 80 para el sexo femenino y 90 para el masculino (Rosa; Franken, 2000). La segunda categoría establece valores adecuados de la RCC, siendo los inferiores o iguales a 85 para las mujeres e inferiores a 100 para los hombres (OMS, 2000).

En relación con la circunferencia abdominal, se utilizaron los puntos de corte establecidos por la OMS (2005), que la clasifica como aumentada cuando el valor en centímetros es mayor o igual a 80 cm para las mujeres y mayor o igual a 94 cm para los hombres. Se consideró muy aumentada cuando el valor fue mayor que 88 cm para las mujeres y mayor o igual a 102 cm para los hombres (Verdecchia, 2000).

Antecedentes familiares

Se consideró como antecedente familiar para HAS la existencia de, por lo menos, un familiar de primero grado (padres o hermanos) que padecen la enfermedad ya diagnosticada.

Tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas

La historia de tabaquismo fue establecida con base en el número de cigarros consumidos al día y la duración del hábito; de esta forma se construye el indicador cigarros/día. Considerando la frecuencia, la intensidad y la duración del consumo de la bebida alcohólica de preferencia, y así como el contenido de etanol presente en la misma, se constituye el indicador en gramos de etanol/día; se consideró al consumidor leve de bebida alcohólica, los que informaron consumir aproximadamente de 1 a 49 g de etanol/día; moderado, cuando la ingesta era de 50 a 99 g etanol/día; y grave, cuando el consumo era mayor que 100 g etanol/día; la cantidad fue calculada considerando que 30 g de etanol corresponde a 15 ml de tequila y a 500 ml de cerveza.

Ingreso mensual

El nivel socioeconómico fue clasificado en:

Bajo: ingreso mensual entre \$1,000.00 a \$3,500.00 pesos mensuales.

Medio: ingreso mensual entre \$3,501.00 a \$5,000.00 pesos mensuales.

Alto: ingreso mensual entre \$5,001.00 y mayor que \$10,000.00 pesos mensuales.

Estos valores consideraron como salario mínimo \$50.00 pesos diarios, que corresponde a \$1,500.00 pesos mensuales.

Escolaridad

La escolaridad fue clasificada según Frías (2000) y García (2001):
Escolaridad baja: cuando el individuo posee menos de ocho años de escolaridad (analfabeto, primaria y secundaria incompletos);

Nivel medio (secundaria completa y preparatoria incompleta);
Nivel alto (curso técnico o universitario).

OBTENCIÓN DE DATOS. SEGUNDA FASE

En esta fase los datos fueron obtenidos por medio de cinco preguntas que condujeron la investigación, utilizando la entrevista semiestructurada por la entrevistadora, para comprender cómo el paciente hipertenso siente y piensa sobre su enfermedad y su cuidado cotidiano (Wood-Lobiondo; Haber, 2001).

De acuerdo con Trivinos (1987), Wood-Lobiondo (2001); Haber (2001); Duarte y Barrios (2005), la entrevista es una forma para comprender la condición humana y una técnica cualitativa, para la obtención de datos en ciencias sociales, que explora un fenómeno a partir de la búsqueda de información, percepción y experiencia de los informantes. Además de ser flexible, permite a los informantes definir los términos de las respuestas y al entrevistador ajustar libremente las respuestas.

En esta fase se organizó una agenda para definir el lugar, día y hora entre el investigador y el paciente para agendar las entrevistas. Éstas fueron realizadas en una sala privada, donde pudiesen sentirse confortables la entrevistadora y el entrevistado y en ambiente de confianza y tranquilidad para la obtención de los datos. De la misma forma, en esta etapa, se solicitó permiso a los pacientes para que la entrevista pudiese ser grabada, asegurando confidencialidad de los datos relatados. En este momento surgieron algunas preguntas manifestadas por los entrevistados, que fueron aclaradas por la investigadora. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 40 minutos.

Es importante destacar que la investigadora fue bien aceptada por el grupo de pacientes que participaban en el Programa de Ejercicio Aeróbico, los cuales mostraron disponibilidad en la realización de las entrevistas. Se estableció el compromiso de presentar los resultados de la investigación cuando ésta concluyera.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Después de la obtención de datos en la primera fase, éstos fueron codificados con base en un programa estadístico (SPSS versión 11 en español) que permitió establecer las medidas de frecuencia y porcentajes. Fue utilizada la estadística descriptiva, esto es, las medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación estándar) y porcentajes para presentación de los resultados.

Posterior a la obtención de datos de la segunda fase, se procedió a la transcripción íntegra de las cintas grabadas y el análisis de contenido propuesto por Bardin (1977), lo que constituyó la fase del preanálisis, que incluye la lectura del conjunto de informaciones oriundas de los mensajes (Richardson, 1999; Feijó, 2003).

La unidad de análisis utilizada fue un tema que emanó de los mensajes, siendo clasificadas en los elementos del Modelo de Campo de Salud de Lalonde.

A partir de la lectura de los mensajes, las entrevistas fueron analizadas, y permitieron la identificación de frases temáticas que fueron recortadas, considerando lo cotidiano de la realidad que los hipertensos vivencian. Posteriormente, se realizó la revisión del material para llevar a cabo la clasificación y la categorización de los mensajes, cuyos resultados fueron obtenidos después de diversas lecturas; así se identificaron las categorías referentes a la percepción de los pacientes sobre HAS, los sentimientos y emociones vividos, los cambios provocados por la enfermedad, los cuidados que necesitan tener en el proceso de su enfermedad.

A continuación de la transcripción literal de los discursos, fueron necesarias varias lecturas, con la finalidad de seleccionar los temas subyacentes a los mismos. La lectura tuvo el propósito de identificar temas destacados en el propio texto y agruparlos. Enseguida se articulaban los temas y los discursos, de tal modo que explicaran las congruencias o ambigüedades de los discursos; así se procedió a la

METODOLOGÍA

síntesis de los temas y subtemas del discurso en su totalidad. Las frases temáticas identificaron elementos cualitativos comunes para su posterior agrupamiento y clasificación del material obtenido.

Esta fase comprendió la elaboración de frases temáticas extraídas de los discursos, que posteriormente, fueron agrupadas en categorías empíricas.

Finalmente, con el análisis de estas categorías, fue posible describir la experiencia del paciente hipertenso en su vida cotidiana; a partir de las categorías identificadas se utilizaron otros estudios que ayudaron a esclarecer las preguntas en relación al hacer, sentir y pensar del paciente hipertenso, cuya discusión emanó de los elementos que constituyeron el Modelo de Campo de Salud de Lalonde.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

DATOS SOBRE LA BIOLOGÍA HUMANA

En este tema se presentan los datos referentes a los pacientes hipertensos diagnosticados por el médico responsable del Programa de Ejercicio Aeróbico del centro de salud, para los portadores de enfermedades crónico-degenerativas. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: en el primero fueron incluidos aquellos que presentaron PA controlada, y en el segundo, aquellos pacientes cuya PA no estaba controlada. Los criterios adoptados para esta clasificación se siguieron las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la HAS (México, 2006) y de JNC-7° (2006) que establecen la clasificación de los niveles tensionales, para adultos, de valores de PA controlada $\leq 139/89$ mmHg, y los valores de PA no controlada aquellas $\geq 140/90$ mmHg (RUBIO, 2005).

La distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada o no controlada según edad, sexo, IMC, y RCC están presentados en la tabla 1.

La población de este estudio constó de 48 pacientes hipertensos, nueve (18.75%) de ellos presentaron PA controlada y 39 (81.25%) con PA no controlada; 43 (89.58%) eran del sexo femenino y cinco (10.42%) del sexo masculino; de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas Mexicana (ENEC) el grupo etario dominante con HAS fue el de los de edad superior a 60 años. Entre

LO COTIDIANO DEL HIPERTENSO

TABLA 1
Distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada, de un Programa de Ejercicio Aeróbico según la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y relación cintura cadera (RCC). Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			
GRUPO ETARIO							
(AÑOS)							
40-49	2	4.16	3	6.25	5	10.41	
50-59	3	6.25	10	20.83	13	27.08	
≥60	4	8.33	26	54.16	30	62.50	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
SEXO							
FEMENINO	6	12.5	37	77.08	43	89.58	
MASCULINO	3	6.25	2	4.16	5	10.42	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
IMC (kg/m²)							
18.5-24.9 NORMAL	3	6.25	6	12.5	9	18.75	
25-29.9 SOBREPESO	4	8.33	13	27.08	17	35.42	
30-34.9 OBESIDAD	1	2.08	12	25.0	13	27.08	
NIVEL I							
35-39.9 OBESIDAD	1	2.08	5	10.41	6	12.5	
NIVEL II							
≥ 40 OBESIDAD	-	-	3	6.25	3	6.25	
NIVEL III							
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
RCC (cm)							
80-84 (RIESGO I)	-	-	3	6.25	3	6.25	
85-90 (RIESGO II)	1	2.08	3	6.25	4	8.33	
> 90 (RIESGO III)	8	16.66	33	68.7	41	85.41	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	

todos los pacientes con diagnóstico médico previo de HAS solamente 46.9% están recibiendo tratamiento antihipertensivo, de éstos, apenas 13.6% tienen la PA controlada (Rosas Peralta, 2003; Renahita, 2004; Rubio, 2005; Mendoza González, 2006).

En relación con el IMC, 17 (35.43%) pacientes tienen sobrepeso y 22 (45.83%) presentan obesidad entre el nivel I y el III, la mayoría pertenecían al grupo con PA no controlada. En cuanto a la RCC, un alto porcentaje de los pacientes presentaban riesgo nivel III, representado por 41 (85.41%) pacientes; entre los cuales 33 (68.75%) no estaban con la PA controlada.

Estos resultados demostraron la necesidad de un mejor control de la PA por medio de modificaciones en el estilo de vida, siendo la reducción de peso un importante factor en el control de la HAS; además de reducir el peso, también se consigue reducir la cantidad de fármacos antihipertensivos utilizados (Trindade *et al.*, 1998; Appel, 2006; Díaz Soto, 2006; Guía Européa, 2007).

En la tabla 2 se presenta la distribución de los pacientes hipertensos controlados y no controlados, según la historia familiar, donde se puede constatar que 12 (25%) pacientes tienen padre portador de HAS, cuatro (8.33%) con DM y uno (2.08%) con AVC. En cuanto a los antecedentes ligados a la madre, seis (12.5%) afirmaron tener madre hipertensa, 12 (25%) con DM y 25 (52.08%) indicaron no saber qué enfermedad tenía su madre.

Estos datos son preocupantes y permiten observar, que entre los hipertensos con un progenitor (o ambos) hipertenso, la posibilidad de desarrollar la enfermedad es el doble de aquellos cuyos padres presentan PA normal (Frías, 2000). Estudios realizados en Brasil revelan asimismo que los pacientes que presentaron historia familiar positiva para HAS, tienen mayores probabilidad de contraer la enfermedad (Cruz, 1998; Siqueira, 2003).

La distribución de los hipertensos, según datos referentes al tiempo que poseen la enfermedad hipertensiva, conocimiento de los valores y tratamiento, están presentados en la tabla 3.

TABLA 2
Distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según historia familiar. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			n°
PAPÁ							
HIPERTENSIÓN	3	6.25	9	18.75	12	25.00	
DIABETES	-	-	4	8.33	4	8.33	
MUERTE SÚBITA	-	-	3	6.25	3	6.25	
DERRAME CV	-	-	1	2.08	1	2.08	
NO SABE	6	12.5	22	45.83	28	58.33	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100.00	
MAMÁ							
HIPERTENSIÓN	1	2.08	5	10.41	6	12.50	
DIABETES	5	10.41	7	14.58	12	25.00	
MUERTE SÚBITA	-	-	4	8.33	4	8.33	
DERRAME ECV	-	-	1	2.08	1	2.08	
NO SABE	3	6.25	22	45.83	25	52.08	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100.00	

En la tabla 3 se puede verificar que nueve (18.75%) pacientes tienen PA controlada, contra 39 (81.25%) hipertensos con la PA no controlada. En tanto, al tiempo que se saben ser hipertensos, 16 (33.35%) pacientes tienen el diagnóstico hace menos de un año; 14 (29.16%) indican saber ser portadores de HAS entre dos y siete años, y 18 (37.49%) saben ser portadores de la enfermedad hace más de ocho años.

Estos hallazgos son preocupantes ya que mostraron que la mayoría de los hipertensos están con PA no controlada; estos resultados tienen relación con estudios prospectivos que indican, que un paciente hipertenso con PAS de 160 mmHg y PAD de 105 mmHg, o más, posee diez veces más probabilidad de riesgo para el AVC y cinco veces más de eventos coronarios y elevado riesgo de neuropatía (Torales, 2006).

Estudios realizados en Brasil, con el mismo criterio de corte utilizado, en esta investigación, mostraron que varias localidades presentaron prevalencias de HAS variadas, conforme pueden ser identificados en los estudios de Ayres (1991); Fuchs *et al.*, (1995); Freitas *et al.*, (2001); Carneiro *et al.*, (2003); Feijó *et al.*, (2003); Mion Jr. *et al.*, (2004) y Gus *et al.*, (2004).

En cuanto al tratamiento medicamentoso para la HAS, 44 (91.66%) pacientes indicaron hacer tratamiento, en tanto que cuatro (8.33%) refirieron no realizarlo; en relación con el uso de medicamento, el captopril fue el más utilizado, referido por 38 (79.18%) pacientes. Esto se justifica por el hecho de ser uno de los medicamentos ofrecidos gratuitamente por el servicio público de salud, a los portadores de HAS.

Se resalta que 34 (70.83%) de los hipertensos también hacen uso de tratamientos alternativos asociados a la terapia prescrita por el médico, como té, acupuntura o jugos como reductores de los radicales libres.

De acuerdo con el JNC-7 (2006) el tratamiento farmacológico de la HAS debe tener un objetivo principal, que sea: reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular; en este sentido, además de los fármacos, es necesario un manejo integral de todos los factores de riesgo cardiovascular. Se debe aun mantener PA en cifras inferiores a 130/80 mmHg, mediante un tratamiento con buena tolerancia del paciente con HAS (Verdecchia, 2003; Guía Européa, 2007).

DATOS SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

La tabla 4 describe la distribución de los pacientes hipertensos de acuerdo con estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación y procedencia. Con relación al estado civil 22 (45.85%) hipertensos eran casados, 21 (43.75%) viudos, dos (4.16%) solteros, dos (4.16%) vivían en unión libre y uno (2.08%) estaba separado en el momento de la entrevista. En cuanto a la procedencia, la

TABLA 3
 Distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según datos referentes al tiempo de la enfermedad hipertensiva, conocimiento de los valores de la PA y tratamiento. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			
TIEMPO (AÑOS)							
<1	2	4.16	14	29.16	16	38.8	
2-3	2	4.16	7	14.58	9	20.9	
4-7	1	2.08	4	8.33	5	11.7	
8-10	3	6.25	10	20.83	13	30.5	
>10	1	2.08	4	8.33	5	11.7	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
CONOCIMIENTO DE LOS VALORES PA							
SÍ	7	14.58	21	43.75	28	58.3	
NO	2	4.16	18	37.5	20	41.7	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
TRATAMIENTO							
SÍ	9	18.75	35	72.91	44	91.7	
NO	-	-	4	8.33	4	8.3	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
MEDICAMENTO							
CAPTOPRIL	6	12.5	32	66.67	38	79.2	
ENALAPRIL	1	2.08	2	4.16	3	6.3	
IRBESARTAN	1	2.08	-	-	1	2.1	
METOPROLOL	-	-	1	2.08	1	2.1	
ANTIHIPERTENSIVO							
+DIURÉTICO	1	2.08	1	2.08	2	4.2	
NEFEDIPINA	-	-	3	6.25	3	6.3	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
OTRO TRATAMIENTO							
TÉ	1	2.08	16	33.35	18	37.5	
ACUPUNTURA	3	6.25	9	18.75	12	25.0	
HOMEOPATÍA	-	-	2	4.16	2	4.2	
JUGOS	-	-	1	2.08	1	2.1	
M. ALTERNATIVA	-	-	1	2.08	1	2.1	
NO	4	8.33	10	20.83	14	29.2	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	

mayoría, 32 (66.67%), provenían del medio urbano y 16 (33.33%) del medio rural.

Con relación al nivel de escolaridad, la mayoría, 38 (79.18%) tenía el nivel de escolaridad bajo, seguido de aquellos de nivel escolaridad media cinco (10.41%) y cinco (10.41%) con nivel alto. Dentro de los hipertensos con nivel de escolaridad bajo, 33 (68.75%), formaban parte del grupo de hipertensos cuya PA no estaba controlada. Estos datos mostraron que los hipertensos de este estudio tenían en general menos de seis años de escolaridad, con menor probabilidad de aprender los cuidados referentes al tratamiento y cambios de hábitos de vida adecuados para el cuidado de su salud, los resultados son acordes con los hallazgos de otros estudios (Alonso Castillo; Garza Barajas; González García, 2001; Siquiera, 2003).

De los 48 hipertensos investigados, 34 (70.83%) poseían nivel socioeconómico bajo, debido a que percibían un ingreso familiar menor a un salario mínimo mensual; cinco (10.41%) eran del grupo con la PA controlada; en seguida están los de nivel socioeconómico medio, que reciben dos salarios mínimos, representados por diez (20.84%) pacientes; seguidos de cuatro (8.33%) que ganaban más de cinco salarios mínimos por mes.

Estos datos dejan ver que la condición financiera de los hipertensos estudiados es baja, lo que interfiere en el tratamiento de la HAS, así como con los cambios de los estilos de vida. Resultados semejantes fueron identificados en los estudios de Lima Filho y Almeida (1998) y Simão (2005).

De acuerdo con la ocupación, 29 (60.45%) hipertensos son mujeres y se hacen cargo de los quehaceres del hogar (ama de casa), ocho (16.66%) eran comerciantes, cinco (10.41%) jubilados, dos (4.16%) empleada doméstica, y uno (2.8%) obrero. Estos resultados rebelan la relación entre el nivel socioeconómico, la escolaridad y la ocupación; cuanto menor el grado de escolaridad, menor el nivel socioeconómico y, por tanto, menores las oportunidades de empleo. Hallazgos

rolada
o de la
niento.

%
33.35
18.75
10.41
27.08
10.41
100
58.34
41.66
100
91.67
8.33
100
79.18
6.25
2.08
2.08
4.16
6.25
100
37.5
25.0
4.16
2.08
2.08
29.17
100

TABLA 4
 Distribución de pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada, de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad y ocupación. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			
ESTADO CIVIL							
SOLTERO	1	2.08	1	2.08	2	4.16	
CASADO	5	10.41	17	35.41	22	45.58	
VIUDO	2	4.16	19	39.59	21	43.75	
UNIÓN LIBRE	1	2.08	1	2.08	2	4.16	
SEPARADO	-	-	1	2.08	1	2.08	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
PROCEDECENCIA							
RURAL	2	4.16	14	29.16	16	33.33	
URBANO	7	14.58	25	52.08	32	66.67	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
NIVEL DE ESCOLARIDAD							
BAJO	5	10.41	33	68.75	38	79.16	
MEDIO	1	2.08	4	8.33	5	10.41	
ALTO	3	6.25	2	4.16	5	10.41	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
NIVEL SOCIOECONÓMICO							
BAJO	5	10.41	29	60.41	34	70.83	
MEDIO	2	4.16	8	16.66	10	20.83	
ALTO	2	4.16	2	4.16	4	8.33	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
OCUPACIÓN							
AMA DE CASA	3	6.25	26	54.16	29	60.41	
EMPLEADA DOMÉSTICA	-	-	2	4.16	2	4.16	
FUNCIONARIO PÚBLICO	1	2.08	-	-	1	2.08	
COMERCIANTE	1	2.08	7	14.58	8	16.66	
JUBILADO	2	4.16	3	6.25	5	10.41	
PROFESOR	2	4.16	-	-	2	4.16	
CAMPESINO	-	-	1	2.08	1	2.08	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	

semejantes fueron encontrados por Busnello, *et al.*, (2001). Entre aquellos que se ocupan de las actividades propias del hogar, 26 (54.16%) pertenecen al grupo con PA no controlada (tabla 4).

Respecto a las condiciones de habitación, 47 (97.9%) hipertensos indicaron poseer casa propia, con agua potable, y servicios de electricidad y drenaje.

El medio de transporte de mayor uso para esta población fue el transporte colectivo, referido por 34 (70%) pacientes y 16 (30%) pacientes indicaron poseer carro propio.

DATOS SOBRE EL ESTILO DE VIDA

El estilo de vida de los hipertensos está relacionado con el control de la PA, por tanto precisan adquirir hábitos saludables para mantener el equilibrio en el día a día procurando siempre mejorar y aumentar la capacidad de conciencia para la interiorización de hábitos saludables, con capacidad para enfrentar las presiones diarias, para vivir de modo más armónico, con las personas, con el medio ambiente y consigo mismo. El estilo de vida adoptado por las personas, así como sus patrones alimentarios, práctica de actividad física, sueño, consumo de cigarro y de bebida alcohólica entre otras, determinan calidad de vida, igualmente salud futura.

En la tabla 5 se presenta la distribución de los hipertensos de acuerdo con la práctica de ejercicio físico, consumo de cigarro y de bebidas alcohólicas.

Respecto al estilo de vida, la actividad física fue la primera que se investigó y, se observó que los pacientes que hacen ejercicio físico fueron 42 (87.5%), de estos solamente ocho (16.66%) pertenecen al grupo con PA controlada; el tipo de ejercicio realizado por la mayoría de los hipertensos fue la caminata, indicada por 37 (77.09%) pacientes durante dos a tres veces por semana, con duración de 60 minutos, siendo que la mayoría ya realizaba esta actividad física entre uno y

LO COTIDIANO DEL HIPERTENSO

TABLA 5
Distribución de pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según, la realización de ejercicio físico, tabaquismo y consumo de alcohol. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			
EJERCICIO	8	16.66	34	70.83	42	87.5	
SÍ	1	2.08	5	10.41	6	12.50	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					37	77.08	
TIPO	5	10.41	32	66.67	3	6.25	
CAMINAR	2	4.16	1	2.08	1	2.08	
TROTE	-	-	1	2.08	1	2.08	
GIMNASIA	1	2.08	-	-	1	2.08	
OTRO	1	2.08	5	10.41	6	12.50	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					7	14.58	
TABAQUISMO	4	8.33	3	6.25	41	85.42	
SÍ	5	10.41	36	75.0	48	100	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					1	2.08	
NÚMERO DE CIGARROS	1	2.08	-	-	2	4.16	
1-3	1	2.08	1	2.08	2	4.16	
4-7	2	4.16	-	-	2	4.16	
8-10	-	-	2	4.16	2	4.16	
+11	5	10.41	36	75.0	41	85.42	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					6	12.50	
RAZÓN PARA FUMAR	4	8.33	2	4.16	1	2.08	
ESTRÉS	-	-	1	2.08	41	85.42	
TRABAJO	5	10.41	36	75	48	100	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					10	20.83	
CONSUMO ALCOHOL	4	8.33	6	12.50	38	79.17	
SÍ	5	10.41	33	68.75	48	100	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					9	18.75	
TIPO DE BEBIDA	4	8.33	5	10.41	1	2.08	
TEQUILA	-	-	1	2.08	38	79.17	
CERVEZA	5	10.41	33	68.75	48	100	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL					1	2.08	
CANTIDAD	-	-	1	2.08	2	4.16	
50-100	1	2.08	1	2.08	7	14.59	
150-200	3	6.25	4	8.3	38	79.17	
+200	5	10.41	33	68.75	48	100	
NO	9	18.75	39	81.25	48	100	
TOTAL							

ada de
físico,

%
87.5
12.50
100
77.08
6.25
2.08
2.08
12.50
100
14.58
85.42
100
2.08
4.16
4.16
4.16
85.42
100
12.50
2.08
85.42
100
20.83
79.17
100
18.75
2.08
79.17
100
2.08
4.16
14.59
79.17
100

tres años. Estos resultados mostraron la importancia de un Programa de Ejercicio Aeróbico, que ayude a fortalecer el corazón, a reducir peso y a controlar la PA. El ejercicio debe ser realizado de acuerdo con la edad y las condiciones de salud de cada individuo, durante dos o tres días por semana y con duración entre 30 a 60 minutos. Es necesario considerar que los pacientes necesitan de un seguimiento para alcanzar los resultados esperados sobre el control de la PA (Menezes, Barreto, Garrone, 2003; Pinheiro, Chakur, 2005).

Los hallazgos de este estudio coincidieron con los de otros autores, que señalan que mejorar el control de los hipertensos no se restringe sólo a los programas de ejercicio, sino que además reduce los costosos tratamientos, y sobre todo protege a los pacientes que están al margen de fármacos caros y dañinos, de modo que se pueden atenuar las repercusiones sociales y económicas que enfrentan los sistemas de salud (Cruz, 1998; Álvarez, 2003).

Respecto al tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas, se puede verificar que el consumo de tabaco fue referido por siete (14.58%) pacientes; cinco (10.41%) fumaban de uno hasta diez cigarros/día y solamente dos (4.16%) informaron consumir más de once cigarros al día; la causa principal que atribuyen al hábito de fumar fue el estrés, indicado por seis (12.50%) pacientes, seguido de situaciones en el trabajo referidas por 41 (85.42%) pacientes con hipertensión. Los estudios señalan que el hábito de fumar acelera el proceso de aterosclerosis en personas con HAS (Chor, 1998; Frías, 2000).

Por tanto el número de fumador ha sido relativamente pequeño en este grupo, este hábito debe merecer atención especial, pues constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y una de las principales causas de muerte evitable en el mundo (Brasil, 1996).

Las investigaciones son unánimes en afirmar que el abandono del hábito de fumar trae innumerables beneficios para la salud, pues mejora la capacidad física, el gusto por los alimentos, reduce el riesgo de enfermedad como: ECV, cáncer y respiratorias, aparte

TABLA 6
Distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según indicación de estrés, menopausia y reposición hormonal. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			
ESTRÉS							
SI	8	16.66	32	66.67	40	85.42	
NO	1	2.08	7	14.58	8	17.17	
TOTAL	9	18.75	39	81.5	48	100	
SITUACIÓN PROBLEMAS							
DE FAMILIA/HOGAR	4	8.33	25	52.08	29	60.42	
TRABAJO	2	4.16	7	14.58	9	18.75	
PROBLEMAS FINANCIEROS	2	4.16	-	-	2	4.17	
NO	1	2.08	7	14.58	8	16.67	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
FRECUENCIA DE ESTRÉS (DÍAS)							
1	1	2.08	2	4.16	3	6.25	
2-3	1	2.08	2	4.16	3	6.25	
4-6	3	6.25	6	12.50	9	18.75	
7	3	6.25	22	45.83	25	52.08	
NO	1	2.08	7	14.58	8	16.67	
MENOPAUSIA							
SI	6	12.5	34	70.83	40	83.33	
NO	3	6.25	-	-	3	6.25	
NO SE APLICA	-	-	5	10.41	5	10.42	
TOTAL	9	18.75	34	70.83	43	89.58	
TIEMPO (AÑOS)							
5-9	3	6.25	6	12.50	9	18.75	
10-14	2	4.16	4	8.33	6	12.50	
15-19	1	2.08	10	20.83	11	22.92	
+20	-	-	14	29.16	14	29.17	
NO	3	6.25	-	-	3	6.25	
USO DE HORMONAS							
NO	9	18.75	34	70.83	43	89.58	
NO SE APLICA	-	-	5	10.41	5	10.42	
TOTAL	9	18.75	34	70.83	43	89.58	

de aumentar la expectativa de vida y reducir los gastos en cigarro (Brasil,1996).

En esta población de hipertensos diez (20.83%) pacientes indicaron el consumo de bebidas alcohólicas, el tequila fue la preferida e indicada por nueve (18.75) pacientes, seguido de la cerveza, cuyo consumo fue referida por apenas uno (2.08%) paciente; por otro lado, 38 (79.17%) hipertensos de esta población dijeron no consumir bebidas alcohólicas y 41 (85.40%) no hacen uso de cigarro; estos datos dejan ver que parece existir una conciencia de este grupo de hipertensos, sobre los efectos que producen el alcohol y el cigarro, sobre la PA y el riesgo para la ECV (Giroto *et al.*, 1996; Maciel, 1997; Cruz, Chor, 1998).

En cuanto a la cantidad de bebidas alcohólicas que consumen, la mayoría, siete (14.59%) de los pacientes señalaron consumir raramente volúmenes mayores a 200 ml. De acuerdo con Rosa y Franken (2000), los pacientes hipertensos que ingieren bebidas alcohólicas deben ser orientados a no consumir más que 30 g/día de etanol, lo que equivale a 720 ml de cerveza o 300 ml de vino o 60 ml de aguardiente; para las mujeres o individuos muy delgados, esa cantidad debe ser reducida a una cantidad máxima de 15g/día de etanol.

La tabla 6 presenta la distribución de los hipertensos con relación al estrés, menopausia y reposición hormonal. En el grupo estudiado 40 (83.34%) afirmaron ser personas estresadas, las situaciones que más les propician estrés son las relaciones familiares y el hogar, referidas por 29 (60.43%) hipertensos, seguidos de los problemas en el trabajo con nueve (18.75%) casos, y los problemas financieros, indicados por dos (4.16%) pacientes; en cuanto a la frecuencia con que ellos se sienten estresados la mayoría, 25 (52.08%), refirió que todos los días de la semana, sin embargo, no realizan ninguna estrategia para manejar el estrés, ya que no conocen ninguna técnica de relajación:

Los estudios de Cantos *et al.* (2004) identificaron resultados semejantes a los encontrados en este estudio. El estrés es un factor de

blada
opausia

%
83.34
16.66
100
60.43
18.75
4.16
16.66
100
6.25
6.25
18.5
52.08
16.66
83.34
6.25
10.41
89.8
18.75
12.50
22.93
29.16
6.25
89.58
10.41
89.58

TABLA 7
Distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según hábito alimenticio. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL					
	CONTROLADA		NO CONTROLADA		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
NÚMERO DE COMIDAS						
DOS	2	4.16	4	8.33	6	12.50
TRES	7	14.58	35	72.91	42	87.5
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100
CONSUMO DE SAL						
SIN SAL	3	6.25	2	4.16	4	8.33
POCA SAL	6	12.50	33	68.75	39	81.5
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100
ALIMENTOS						
TORTILLAS, PAN Y PASTAS	9	18.75	39	81.25	48	100
FRUTAS Y VERDURAS	9	18.75	39	81.25	48	100
GRASAS	3	6.25	45	93.75	48	100
REFRESCOS	1	2.08	47	97.91	48	100

riesgo que contribuye al aumento de la PA; la sobrecarga en el trabajo, las presiones del medio social y trastornos emocionales son factores que contribuyen para el surgimiento del estrés.

En el momento en que el estrés se presenta, el cuerpo se prepara para luchar o huir de la situación por medio de una serie de cambios, como el aumento de la producción de adrenalina, mayor constricción de los vasos sanguíneos, entre otros; lo que lleva al corazón a latir más rápido, al mismo tiempo aumenta la resistencia en los vasos sanguíneos periféricos, favoreciendo el aumento de la PA (Lipp, 1996).

En relación con el climaterio y uso de reposición hormonal los datos mostraron que 40 (83.33%) mujeres hipertensas se encontraban en la menopausia, 17 (35.43%) de ellas estaban en esta condición hace más de diez años; 43 (89.58%) pacientes no hacen uso de ningún tipo de reposición hormonal.

La mu
la enferme
de estróge
cardiovasc
sileira de C

El estr
control de
resistencia
(Dantas et
2003). Est
tores de r
téricas, y e
personales

Los da
ficados en

Confo
muestran
día (desay
dos comid
consumir
pastas), va
tillas, alim
fue en pro
consumir
al consum
dos menc
relación a
seguida d
alimentos
organismo
39 (81.25
de aquello

La mujer, durante el climaterio es más susceptible al desarrollo de la enfermedad hipertensiva, pues con la disminución de la actividad de estrógenos, posterior a la menopausia, hay un aumento de riesgo cardiovascular (Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

El estrógeno actúa directamente en los diferentes mecanismos de control de la PA por medio de los efectos de los mismos, disminuyen la resistencia periférica y previenen la formación de placas de ateromas (Dantas *et al.*, 1999; Gutiérrez, 2001; Lima *et al.*, 2001; Siqueira, 2003). Estudios realizados por Costa *et al.* (1999) identificaron factores de riesgo para las enfermedades coronarias en mujeres climatóricas, y constataron que 63.77% de ellas presentaron antecedentes personales relacionados a las ECV, y a la HAS en 37.4%.

Los datos referentes a los hábitos alimenticios pueden ser identificados en la tabla 7.

Conforme a los datos contenidos en la tabla 7, cuyos resultados muestran que 42 (87.5%) pacientes informaron hacer tres comidas/día (desayuno, comida y cena) y seis (12.50%) indicaron apenas dos comidas al día. Los datos rebelan que todos los sujetos indicaron consumir alimentos del grupo de los carbohidratos (tortillas, pan y pastas), vale resaltar que el mexicano tiene el hábito de consumir tortillas, alimento derivado del maíz, cuyo consumo en estos pacientes fue en promedio de nueve tortillas al día, un alto porcentaje afirmaron consumir también de uno a cuatro piezas de pan al día; en cuanto al consumo de verduras, legumbres y frutas, los hipertensos estudiados mencionaron consumirlas sólo de una a dos veces por semana; en relación al consumo de carnes, informaron ser principalmente el pollo, seguida de carne res y cerdo; también rebelaron que no consumen alimentos salados, debido a los problemas que pueden traer para el organismo. Al ser indagados en cuanto a la cantidad de sal ingerida, 39 (81.25%) afirmaron que ingieren alimentos con poca sal, seguido de aquellos que tienen el hábito de adicionar sal extra en los alimentos

TABLA 8
Distribución de los pacientes hipertensos con PA controlada y no controlada de un Programa de Ejercicio Aeróbico, según informaciones referentes a la organización de los servicios de salud. Toluca, México, 2007.

VARIABLE	PRESIÓN ARTERIAL				n°	%	
	CONTROLADA		NO CONTROLADA				TOTAL
	n°	%	n°	%			
SERVICIOS DE SALUD							
SÍ	9	18.75	39	81.25	48	100	
TIPO							
PÚBLICO	9	18.75	33	68.75	39	81.25	
PRIVADO	3	6.25	6	12.50	9	18.75	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
MOTIVO PARA USO DEL SERVICIO							
DIARREA	-	-	2	4.16	2	4.16	
GRIPE	-	-	2	4.16	2	4.16	
SENTIRSE MAL	6	12.50	26	54.16	32	66.66	
CONTROL	3	6.25	9	18.75	12	25.00	
AUTOMEDICACIÓN							
SÍ	6	12.50	27	56.25	33	68.75	
NO	3	6.25	12	25.00	15	31.25	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
MEDICAMENTO MÁS FRECUENTE							
ASPIRINA	4	8.33	25	52.08	29	60.42	
ANTIIDIARRÉICO	-	-	1	2.08	1	2.08	
ANTIINFLAMATORIO	2	4.16	-	-	2	4.16	
OTRO	-	-	1	2.08	1	2.08	
NO	3	6.25	12	25.00	15	31.25	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
RETORNO AL SERVICIO							
1-2	3	6.25	21	43.75	24	50.00	
3-4	2	4.16	8	16.66	10	20.83	
+5	1	2.08	2	4.16	3	6.25	
NO	3	6.25	8	16.66	11	22.92	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	
CAUSA							
PRESIÓN ALTA	5	10.41	30	62.50	35	72.92	
RESFRIADO	-	-	1	2.08	1	2.08	
RETORNO	1	2.08	-	-	1	2.08	
NO	3	6.25	8	16.66	11	22.92	
TOTAL	9	18.75	39	81.25	48	100	

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

ya listos, indicados por cinco (10.41%) pacientes, cuatro (8.33%) hipertensos dijeron consumir alimentos sin sal.

Se debe destacar que la evaluación dietética de sodio es extremadamente compleja, conforme indican Espeland *et al.* (2001), ya que la ingesta diaria varía de un individuo otro, lo que puede llevar la subestimación de la cantidad ingerida. De acuerdo con las V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, (Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006), la cantidad de sal a ser ingerida por una persona no debe ser superior a 6 gramos diarios, lo que equivale a 100mmol o 2.4 gramos/día de sodio, que corresponden a cuatro cucharas de café. Hay una nueva política para la industria alimenticia, para la próxima década, en el sentido de reducción de los niveles de sodio en por lo menos 50%, en los alimentos industrializados (Barros *et al.*, 2005).

En un estudio Aquino y Silva (2005) analizaron 476 alimentos como chocolates, salchicha, tabletas de caldo de carne, constataron que algunos alimentos industrializados no informan la cantidad real de sodio contenida en su composición; esta información en las etiquetas de los alimentos industrializados es un instrumento importante tanto para los pacientes hipertensos, como para otros, que necesitan de una dieta restringida en sodio, de lo contrario puede ocurrir descompensación metabólica.

DATOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En esta etapa nos ocupamos de identificar entre los hipertensos y los servicios de salud, el tipo de servicios utilizados en el seguimiento de la enfermedad hipertensiva cuyos resultados están presentados en la tabla 8.

De acuerdo con las informaciones proporcionadas por los hipertensos se puede verificar en la tabla de arriba que todos recurrían a algún tipo de servicio de salud, el público fue el más utilizado por 39 (81.25%)

pacientes. Respecto a las situaciones por las que acudieron a los servicios de salud, 46 (95.83%) hipertensos afirmaron que solicitaron la atención médica cuando tenían algún malestar como dolor, diarrea o gripe. El (68.75%) indicaron el uso de la automedicación, la aspirina fue el medicamento más utilizado, indicado por 29 (60.48%), las razones para el uso de los medicamentos fue esencialmente el dolor, diarrea o gripe. En relación con el número de veces que los hipertensos buscaban asistencia en el hospital en los últimos tres meses, 37 (77.08%) dijeron usar el servicio de salud, por motivos de: 35 (72.93%) elevación de la presión arterial, seguido de 11 (22.91%) para el control de su enfermedad.

Los datos mostraron que los pacientes de este estudio utilizan los servicios de salud con poca frecuencia, revelan la necesidad del equipo de salud de buscar estrategias para que, por medio de trabajo multidisciplinario, puedan atraer al individuo al servicio, con vistas a la implementación de programas preventivos. Conforme indica Olivares *et al.* (2002), la actuación del equipo de salud multidisciplinario en el cuidado individual favorece la adhesión al tratamiento, por medio de estimulación y motivación en el intercambio de experiencias, y representa un desafío presente y futuro en el control adecuado de la HAS.

Se sabe que la HAS no tiene cura y el paciente tendrá que recibir tratamiento con dieta y con fármacos por toda la vida (Moreira, Maciel, Araújo, 2005); por tanto, solamente la disponibilidad de servicios de salud y el acceso a la información no son suficientes para garantizar el tratamiento o la adopción de hábitos de vida saludables que ayuden a controlar la PA (Chor, 1998).

LO COTIDIANO DEL HIPERTENSO

Una vez concluida la etapa anterior, abordamos a los pacientes para conocer lo que significaba para ellos ser hipertenso, conocer con las limitaciones que la enfermedad impone e incluso el mismo tratamiento.

A partir de los discursos de los hipertensos fue posible identificar, en la perspectiva de los elementos que componen el Modelo de Campo de Salud de Lalonde, lo que sienten, piensan y lo que hacen para cuidarse en el día a día. En esta etapa participaron los 48 pacientes que formaron parte de la primera fase del estudio.

Al analizar el contenido de las entrevistas se identificó las categorías que integran los cuatro elementos del Modelo de Campo de Salud, con sus respectivas subcategorías.

Biología humana

Percepción sobre la enfermedad

Sobre esta unidad temática identificamos frases que rebelan la experiencia del individuo con la HAS. Percibe la enfermedad como algo que está continuamente en su cuerpo, que va más allá de sus fuerzas pues, de forma repentina, altera su cuerpo, le produce inestabilidad que no espera, y mucho menos está preparado para enfrentarla.

Tal percepción permea la personalidad, la historia personal, los deseos, el tipo de educación recibida y la realidad construida por cada individuo (Almeida, 2005).

La percepción del paciente portador de HAS, con base en los relatos de su discurso fue que desconoce lo que es la enfermedad:

No sé qué es la presión alta, no podría darle una definición porque no la conozco...

No tengo conocimiento para decir qué es la presión alta, sencillamente, no sé qué es, pero hay inestabilidad en mi cuerpo, alteración en mi organismo...

Para mí tener la presión alta significa angustia, dolor, incertidumbre y miedo...

No se qué es la presión arterial alta no sé...

Es evidente que existe desconocimiento de la enfermedad, la mayoría de los pacientes definen a la enfermedad en términos de síntomas,

expresiones emocionales subjetivas o simplemente no saben referir lo que significa.

Los hipertensos atribuyen conceptos asociados al malestar presente cuando la PA se eleva. Sin embargo, esos conceptos pertenecen a lo que ellos han aprendido de su propia vivencia con la enfermedad. Ésta no significa solamente conceptos y síntomas, más bien experiencias vividas a través de lo que sienten.

Los discursos que mostraron relatos asociados con la PA, con alteraciones en relación a los síntomas, son ilustrados por los siguientes discursos:

En cuanto viene el sofocamiento, no puedo respirar bien, tengo ganas de vomitar, empiezo a sudar, calor y escalofrió...

Para mí la presión alta es cuando me agarra el mareo, dolor de cabeza, náusea, vómito, salida de sangre por la nariz, nerviosismo para mí eso es la presión alta...

Dolor de cabeza, mareos, náuseas, dolor en el cuerpo, en los pies, en el pecho, cansancio, salida de sangre por la nariz...

El verdadero significado del conocimiento de esta enfermedad ocurre cuando ellos sienten que la enfermedad los aniquila, los fulmina y limita su capacidad para continuar la vida. El individuo es dueño de un saber único que está relacionado con su experiencia, de esa forma construye las concepciones sobre su enfermedad.

Su saber no es considerado científico, y al no serlo parece no tener ningún valor, pero, por el contrario, todos poseen un saber que tiene un valor. El valor es dado por el saber individual como aquel que el ser humano trae implícito en su vida cotidiana. Reconocerlo significa fortalecer el vínculo entre las personas que promueven el cuidado de los hipertensos responsables por el autocuidado (Fava *et al.*, 2004; Saraiva *et al.*, 2007).

Es claro que el hipertenso incluso con el tratamiento presenta alteraciones en los niveles de su PA, lo que dificulta aún más el es-

frentamiento de la enfermedad en su vida cotidiana. La enfermedad muestra una terrible amenaza para la pérdida de su salud y el desempeño cotidiano se torna difícil. La vida diaria nos permite el entendimiento de nosotros mismos, de lo que nos sucede en esos momentos de enfermedad (Buzzi, 2007).

De acuerdo con Lima y Bucher (2004), existen experiencias de los pacientes hipertensos, cuando la presión comienza a aumentar, indican síntomas como dolor de cabeza, dolor en el pecho, alteraciones en los latidos cardiacos, alteraciones visuales y agitación. De acuerdo con la literatura se puede decir que los hipertensos tienen sus percepciones propias (Firmo, 2004; Lima, 2004).

La enfermedad se muestra para esos pacientes como un sufrimiento grave, conocen el aspecto de la herencia, como una predisposición para el surgimiento de la HAS, pues tienen familiares que presentaron esta enfermedad y ya conocen lo que el familiar pasó:

Es una enfermedad, que conozco, mi madre fue hipertensa y mi abuelo murió de un infarto...

Es una enfermedad, que mucha gente tiene, no ves cuántos amigos están aquí y aún los que no están aquí, mi hijo, mi hermano, mi vecino...

La tendencia o predisposición para presentar cifras elevadas de PA demuestra que, cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble de lo que las otras personas con ambos padres, con PA normal (Frías, 2000; Simão, 2005).

Esta pesquisa permitió identificar que la enfermedad impone limitaciones biológicas por las complicaciones que acarrea, muchas veces exige atención médica de urgencia, conforme a los siguientes discursos:

Cuando me sube la presión creo... que puedo morir, puedo sufrir una embolia, un infarto, o algo peligroso me va a suceder...

Es peligrosa la enfermedad, no le tengo miedo, bueno te diré la verdad sólo un poco...

Sí tengo miedo de morir, cuando me sube parece que es lo último que me va a pasar, muero de miedo...

Es lo mas terrible que me ha pasado, es una sensación de ansiedad, miedo de morir...

Los pacientes adquieren la capacidad de reconocer señales y síntomas asociados a la elevación de su PA como la cefalea, sueño, ansiedad, nerviosismo, dolor precordial, lo que hace que estén alerta para el autocuidado y para solicitar ayuda en esos momentos.

Una de las complicaciones más conocidas es el AVC. La mayoría de los hipertensos conoce de forma parcial las complicaciones de la enfermedad, lo que, en muchos casos, impiden la conciencia más clara sobre lo que representan estas complicaciones (Pérez, Magna, Viana, 2009).

Algunos hipertensos entrevistados señalaron que no perciben la enfermedad como un problema de salud debido al hecho de no presentar ningún síntoma. Eso lleva a los pacientes a no enfocarse a la enfermedad y no procuran un tratamiento o muchas veces abandonan el tratamiento. Esos resultados son similares a los encontrados por Chor (1998).

No siento nada, nada, no sé, nunca he sentido nada...

Nada, ni me preocupa...

No sé qué es, el médico dice que estoy enferma, pero nunca siento nada, tú me crees verdad...

Nunca, nada, por ahora nada...

No sé, a mí no me pasa, lo que los otros dicen...

En cuanto a los síntomas, la literatura indica que esa patología no tiene sintomatología cuando inicia la enfermedad. Es una enfermedad que permanece asintomática y, en la mayoría de las veces cuando aparecen las quejas, las complicaciones ya están instaladas.

como las relativas al comprometimiento de otros órganos. La HAS se puede desarrollar a largo de décadas y no surgir complicaciones, por lo que presenta algunas modificaciones de poca importancia (Lima, 2004).

El momento del diagnóstico de la hipertensión arterial

Con relación a esta unidad temática, los pacientes indican que a partir del momento que reciben el diagnóstico presentan sentimientos de miedo, ansiedad y tristeza y entienden que es una enfermedad que los acompañará por toda la vida como se puede observar en los discursos siguientes:

Cuando me dieron el diagnóstico me sentí triste con miedo, no sabía realmente lo que era la enfermedad a través del tiempo, a través de un vivir con esta enfermedad ahora conozco realmente lo que es la enfermedad...

Cuando me dieron el diagnóstico, sentí mucho miedo, los médicos realmente son muy fríos para decir que tienes una enfermedad, no lo creí...

No acepto que soy hipertensa, no lo puedo creer, me resisto a aceptar, no lo acepto, sencillamente no lo acepto, no lo creí, ¿por qué a mí?...

A partir de esto muchas veces fui internada en urgencias porque la presión no se controlaba con los medicamentos, nuevamente regresaba a urgencias y parecía que a los médicos les molestaba...

Cuando me dieron el diagnóstico me asusté, me dio miedo, angustia al tener esta enfermedad...

El diagnóstico fue terrible para mí, pues continuamente mi presión estaba elevada, mi colesterol ni se diga, me asusté, pues nunca antes me había medido la presión, me sentía atrapada, abatida, angustiada y desesperada quería morir... en verdad...

Considerando la problemática que envuelve al individuo hipertenso, a partir del momento en que toma conocimiento del diagnóstico, presenta

innumerables sensaciones que no dejan de ser señales e indicadores de la sensibilidad del ser humano. Como ejemplo, la llamada "HAS de buena blanca" o la tendencia en algunos individuos a presentar elevada tensión cuando un médico la mide, esto muestra que incluso hoy en día sigue siendo un misterio la alteración de la presión (Wilkinson, 2001).

Al recibir el diagnóstico de HAS los hipertensos experimentan sentimientos de negación e ira, como demuestran los discursos siguientes:

Cuando me dieron el diagnóstico de esta enfermedad no lo podía creer, me pregunté ¿por qué a mí me pasa esto?, me deprimí, no lo acepté simplemente, ya me fregué...

Al recibir el diagnóstico de hipertensión arterial me resistí a aceptar esta enfermedad, aún no lo creo...

Al principio, no creí, y ahora que tengo más síntomas no lo puedo aceptar, me siento culpable, aún no acepto...

Cuando me dieron el diagnóstico sentí ira contra los que me han ofendido y me han hecho enojar y no me he podido desquitar...

Cuando me dieron el diagnóstico, sentí coraje mucho, ni te lo imaginas amiga, porque está enfermedad fue por la culpa de un contratiempo con un familiar...

Esta enfermedad que te diré, lucho con ella, no me dejo vencer, me siento que es una lucha continua, me da coraje, y pienso, Haber quien gana...

La convivencia diaria con la HAS les permite identificar acontecimientos y actividades que provocan pérdida de bienestar, cuando se eleva la tensión. Los hipertensos manifestaron no aceptar la enfermedad, sienten que es una lucha continua que tienen que enfrentar en su día a día, creen que es un desafío vivir los días, las horas y los minutos con la HAS.

En los últimos años, muchos investigadores dedicaron sus esfuerzos a buscar variables sociales como el estrés, la ansiedad y la rabia, y constataron que existe relación entre el papel emocional y la salud, sobre todo en la reactividad cardiovascular, que provoca la HAS. (B...

rez, Magna, Viana, 2003; Lipp, Frare, 2007). Esta enfermedad es algo muy difícil de aceptar, especialmente porque es para toda la vida, aunque no presente síntomas que alerten al paciente sobre algo que no está bien con su salud, como se puede constatar en los discursos siguientes:

Nunca acepté la enfermedad y decidí curarme es decir hoy estoy curado no tomo más medicamento...

No, yo creo que no puedo aceptar la enfermedad, nunca aceptaré...

No, cómo aceptar algo que está dañando tu organismo pienso que no se puede aceptar algo que te está lastimando, que va a desgastar tu organismo, no lo puedo aceptar...

Sí acepto ser hipertenso no tengo ningún problema, sólo estoy enojado y mucho...

Otros hipertensos mencionaban aceptar la enfermedad, por el tipo de afirmaciones, se observa que no es así:

Acepto la enfermedad pues, sí acepto la enfermedad, no me queda otra más que aceptar esta terrible enfermedad...

Qué quiere que haga, tengo que aceptar la enfermedad, pues si no me queda otra ya la tengo...

Sí acepto ser hipertensa, pues como me la quita, ni modo que me la sacuda no es posible...

Aceptar esta enfermedad sí claro, como no, solamente eso me faltaba...

No me sorprendí, ya ni modo, me conformé, ya me fregué, es mi edad, me cuido más...

Las patologías que se desarrollan a corto o largo plazo producen, por lo común, algunas reacciones en el paciente como negación al diagnóstico; tristeza y melancolía, que conducen a un aislamiento personal que puede durar unos minutos o por toda la vida. Presentan también otras actitudes como rabia, resentimiento y envidia. En ocasiones los pacientes responden con hostilidad, tanto hacia los médicos como los familiares,

es una fase delicada y desafiadora que exige mucha comprensión por parte de los profesionales de la salud; pueden manifestar depresión que es la fase en que se presentan sentimientos de culpa, por el tiempo desperdiciado cuando estaban sanos, o bien la resignación apoyada en la fe religiosa. Es la fase más tranquila de ese proceso (Almeida, 2005).

Así, los hallazgos de la investigación contienen aspectos del cuerpo humano relacionados con los síntomas y la herencia del individuo, pre-disponiendo la amplia variedad de respuestas que pueden emerger con las enfermedades crónicas que incluyen aspectos de la salud física y mental del individuo.

Estilo de vida

En esta categoría, se presenta el conjunto de decisiones que el individuo adopta y sobre las cuales ostenta un menor o mayor control y, de alguna forma, contribuye para mejorar o afectar su salud. Desde el punto de vista de la salud, comprende hábitos y decisiones personales que generan riesgos autocreados. Esos riesgos resultan en enfermedades o inclusive llevar a la muerte. Se puede afirmar que el estilo de vida del individuo provocó la enfermedad o la misma muerte. Las enfermedades prematuras pueden ser resultado de los riesgos autocreados (DEVER, 1991).

Cambios del estilo de vida

Con relación a esta unidad temática, algunos discursos de los hipertensos manifiestan razones para cuidarse, muchas de las cuales contienen discursos orientados a la conservación del bienestar con el fin de evitar el riesgo de complicaciones graves. Eso llevó a cambiar aspectos del estilo de vida, principalmente relacionados con el ejercicio y la alimentación, como se desprende en los discursos siguientes:

Los cambios que he realizado considero que son positivos, el ejercicio, y las reuniones del grupo, las risas...

El ejercicio me hace sentir ligero, alegre...

El ejercicio es muy bueno, me cambió el mal humor... .

El ejercicio me quita el dolor de cabeza, por eso lo hago...

Caminar y platicar mis problemas me ayuda a soportar los problemas de todo tipo...

El ejercicio es lo mejor, lo mejor no sabes, prueba y verás...

El ejercicio me da alegría y me ayuda a pensar mejor...

Mi gente me pregunta que hago, qué me ven mejor y se burlan, no lo creen, pero no me importa...

Esos pacientes portadores de la HAS conocen las ventajas de la práctica del ejercicio físico para la salud. De acuerdo con otros estudios, se puede decir que el control de la PA y la actuación del equipo de salud multidisciplinario favorecen la adhesión al tratamiento. El ejercicio como parte del tratamiento, práctica regular de actividad, es un factor de protección para la ocurrencia de eventos cardiovasculares (Colombo, 1999; Lima, 2004).

Hay hipertensos que revelan que la enfermedad fue una bendición en su vida, juzgando que lograron muchos cambios buenos que beneficiarán su vida espiritual, psicológica, personal y social, ayudándolos a tener verdaderos amigos en el grupo de ejercicio. Dicen que, cuando se sienten mal, pueden contar con el apoyo incondicional de esos amigos, que viven el mismo problema.

Los cambios que he realizado en mi vida han sido muy buenos, respiro mejor...

Te imaginas bajé de peso, apenas 25 kilos por eso le doy gracias a Dios de tener esta enfermedad...

Lo mejor de esta enfermedad es que tengo buenos amigos, son los mejores de mi vida....

Tengo un estado de conciencia sobre lo que es mi cuerpo, como cuidarlo y protegerlo, siempre estoy consciente de que no todo lo que yo quiero comer es bueno para mi salud, en el centro de salud nos cuidan, están al pendiente siempre...

Los diálogos muestran que la actuación del equipo de salud multidisciplinario en los cuidados individuales y en grupo favorece la adhesión al tratamiento, por medio de estimulación y motivación en el intercambio de experiencias, estimula su propio papel en el cuidado y control mediante diversas estrategias como el ejercicio aeróbico, la automedición de los valores de la PA y la orientación en cuanto a la alimentación (Oliveira *et al.*, 2002).

En lo cotidiano, el hipertenso enfrenta alteraciones que pueden conducir a las crisis hipertensivas. Por tanto, ellos deben participar en actividades grupales de relajamiento, con el objetivo de aprender a convivir con los problemas del día a día y tener una vida más saludable (Guedes, 2005).

Buzzi (2007) muestra que, en la vida cotidiana, la conciencia es considerada como una vivencia buena o mala, en este caso refiriéndose a las vivencias agradables o desagradables, que llevan al individuo a reflexionar a partir de la experiencia el hipertenso promueve el cuidado de la salud.

Con relación a los cuidados con su alimentación, los pacientes refirieron cambios, indicando que en el proceso de la enfermedad experimentan sentimientos que van de la alegría a la angustia. El consumo de alimentos con sal, la gordura, el cigarro, el alcohol, la falta de ejercicio les produce placer, alegría, pero cuando la enfermedad aparece comienza la angustia y el miedo, siendo necesario hacer los cambios.

Yo estaba tranquila y alegre, comiendo todo lo más sabroso, tomaba mi tequila, y algunas veces cervezas, pero de repente, nada, agua y un plato de verduras sin sal, eso me causó miedo, y angustia, así fue que pase del placer al miedo, me puse a pensar... si sigo así voy a morir...

Los alimentos que me gustan, chicharrón, las carnitas, la barbacoa, ahora todo el médico dice que si como esto me muero...

Lo que más me gusta no lo puedo comer, sólo yo sé qué es eso para mí...

El médico sólo dice que no puedo comer tal cosa, pero no sabe si yo tengo ganas de comer pura masa sin sal, a ver que se la coma él...

Ninguna enfermedad hace al individuo sentirse bien, especialmente, cuando necesita tener algún cuidado especial como en la alimentación. Eso impide al individuo ingerir alimentos de su preferencia, pero sabe que son nocivos para su salud, sin embargo, algo muy apetitoso lo impulsa a comer. Al descubrir que tiene limitaciones con el consumo de algunos alimentos, el hipertenso se siente impotente, triste y desanimado, ya que no puede comer todos los alimentos que los demás miembros de la familia, normalmente ingieren.

La alimentación dietética, para la mayoría de los pacientes, es muy difícil de seguir y la adopción de hábitos alimenticios saludables es una nueva realidad que el hipertenso tiene dificultad para conseguir; es necesario entender el proceso de adaptación a la nueva condición, por tanto, las orientaciones deben ir acompañadas de estrategias de educación para la salud de forma individual (Lima, 2004).

Me siento triste de comer verduras, y lo peor sin sal...

No me acostumbro a comer pura hierva, quiero mi chupe, mi estate quieto...

Será que algún día pueda disfrutar esta comida, quiero conocer quién invento tanta tontería...

No, nada más de pensar en mi plato, se me va el hambre, y tan rico que comía mi barbacoa y mis caritas, o un alambre, tú sabes soy comerciante y en las plazas, pues no hay otra, esa es mi vida...

Ese conjunto de discursos indica la dificultad de los hipertensos que aún no consiguen cambiar su alimentación; existe también una gran dificultad para mantener una dieta equilibrada debido a causas internas como miedo y tristeza, también por causas externas como las condiciones socioeconómicas. Por tanto, la orientación en cuanto a la dieta del paciente debe dirigirse especialmente a la reducción de sal en los alimentos (Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

Otros discursos indican la dificultad para enfrentar esta realidad, ellos dicen que ya es muy tarde para tener la oportunidad de hacer cambios en su vida; ya que consideran que no es necesario; ya están enfermos... y ahora sólo resta tomar sus medicamentos, aunque esto sea muy malo, por los efectos colaterales, como la tos, boca seca, lo que les hace llevarlos a suspender los medicamentos. La resistencia a los cambios se expresa en los siguientes discursos:

No, en realidad no he tenido la oportunidad de hacer cambios en mi persona, pues pienso que ya no es necesario, ya estoy enfermo...

Ninguno, ya te dije que yo no siento nada...

Ninguno, no lo necesito, me siento bien...

Me da tos, se me seca la boca, no me siento bien...

Los relatos refieren que la PA se eleva por algún problema que tienen durante el día, en su vida cotidiana, como las contrariedades con la familia, estados de alegría, de tristeza o con el consumo de alimentos salados, así es que necesitan cuidarse más, caso contrario, las complicaciones de la enfermedad pueden llevarlos a la muerte. Es por esta razón que la enfermedad los motiva a hacer cambios en la vida diaria o procuran ayuda para sentirse más seguros.

En los discursos producidos por los hipertensos, resumimos las frases que evidencian el aspecto emocional:

Cuando estoy frente a la enfermedad le grito qué quieres, por qué me estás fregando por qué porqué me molestas, tanta mendiga pastilla y no me curo...

Qué siento cuando me sube la presión, pienso en ese momento que es lo último que voy a vivir, todo se altera, en cuestión de segundos pierdo el control total...

Miedo e incertidumbre, algo que no puedo creer, aún tengo la sensación de que no es verdad, que es un sueño hecho realidad...

Siento que las cosas se mueven, la sensación de que el corazón estuviera muy pequeño y cayera en un vaso de agua, como si hiciera

burb
Siento m
Angustia
Cosas di
de r

Los hipertens
de origen en
por problem
el trabajo. P
tan el contr
dad relacion
manifiesta s
a la angustia
para recupe

Para A
tuda de cu
crisis de c
presencia d
de la famil
fluencia pe

La ang
sobre lo q
nuestra vi
pejigro y
nos comp

Estud
añal y e
ansiedad.
superar la

El me
dicen en a

tar esta realidad.
unidad de hacer
cesario; ya están
tos, aunque esto
tos, boca seca.
s. La resistencia

er cambios en mi
stoy enfermo...

lema que tienen
ariedades con lo
no de alimentos
ario, las compli-
erte. Es por esta
en la vida diario

, resumimos las

quieres, por qué
s, tanta mendigo

se momento que
estión de segun-

a tengo la sensa-
o realidad...

el corazón esta-
como si hicierm

burbujas dentro del vaso, eso me produce miedo, y ansiedad...
Siento miedo, ansiedad, desespero, me deprimó..
Angustia, aquí dentro, mucho temor, no sé qué me pasa de repente...
Cosas diferentes, pero siempre tengo miedo, y ansiedad, se presenta de repente...

Los hipertensos que no consiguen controlar su PA, lo atribuyen a que es de origen emocional, como el miedo, la angustia y el estrés provocado por problemas relacionados a su hogar y contrariedades con la familia o el trabajo. Pérez (2003), coincide en que los aspectos emocionales dificultan el control de la PA, especialmente, cuando existen irritación y ansiedad relacionadas con los problemas financieros y familiares. El paciente manifiesta síntomas relacionados con la enfermedad que van del miedo a la angustia, situación que le produce sensación de una lucha constante para recuperar la salud y optan por abandonar los medicamentos.

Para Almeida (2005), la enfermedad muchas veces va acompañada de cuadros de comportamiento de desequilibrio y por lo tanto crisis de convivencia con la familia. Es importante recordar que la presencia de la enfermedad es una fase difícil y desafiadora, el apoyo de la familia es fundamental, el hombre amigo y afectuoso, tiene influencia positiva, en el estado emocional del paciente.

La angustia muchas veces castiga nuestro cuerpo y provoca dudas sobre lo que realmente sentimos, nos hace sentir en lo más íntimo que nuestra vida no es firme y estable, sino incierta y vulnerable al, riesgo, peligro y desamparo, lo que nos asusta y el sentimiento de angustia nos comprime y nos asfixia el cuerpo y el alma (Buzzi, 2007).

Estudios mostraron que el hábito de fumar, el consumo de alcohol y el comer para sentirse bien puede ser una respuesta ante la ansiedad. El alcohol y el cigarro son utilizados con frecuencia para superar la ansiedad (Wilkinson, 2001).

El miedo induce un estado de ánimo con preocupaciones, que se traducen en amenazas en el día a día, que muchas veces causan retraimiento

y ansiedad. **El miedo es un sentimiento** que forma parte de la existencia (Buzzi, 2007).

Se puede decir, que los cambios que el paciente ha realizado debido a la enfermedad de cierta forma son positivos, ya que indican que despertó una conciencia más profunda sobre la necesidad de cuidar su cuerpo, así como el aspecto psicológico y espiritual. Si ellos escuchan las manifestaciones de su cuerpo, afirman que consiguen permanecer tranquilos y, de esa forma, pueden tener los valores de PA disminuidos. Los relatos sobre el cuidado se caracterizan por el esfuerzo y empeño que realizan para recuperar su salud, con el deseo de prolongar la vida, de tal forma que la recuperación sea siempre vista como un fin para conservar la independencia.

De manera general, el hipertenso, de forma autónoma, cuida de su salud, rebela que existe una conciencia de lo que es la enfermedad crónica, además de mostrar la importancia de la participación del profesional de salud en las actividades educativas orientadas al autocuidado.

El profesional de enfermería se destaca como el principal actor social responsable en el programa de control de la HAS. Aunque el paciente no lo mencione en sus discursos, esas acciones muestran la importancia de sus intervenciones de forma directa (Lima, 2004; Silva, 2006).

El miedo a la enfermedad o a las complicaciones, hace que cuide de mi salud...

Los cuidados que tengo ahora son muy buenos, tuve que enseñarme a tomar la presión me compré mi aparato y me tomo la presión todos los días creo que esto ha sido muy bueno...

Aprendí a relajarme, ahora sé respirar, escucho música suave...

Ahora puedo decir que me quiero, ya paré de hacer sufrir a mi cuerpo, pero no siempre me cree, parece que estoy loca pero no...

Es claro que cuando la enfermedad está presente el cuidado está encaminado a su tratamiento. Es por eso que el paciente debe ser el

protagonista de educativos con a picia la adhesión el sistema de sal

Según los rel ma complicación acción es buscar

Ahora cuida

quiero co

estoy dici

Me cuida por

bién a ma

Lo principal

siempre e

Es evidente que como cuidar su no todo lo que caso contrario, p a ellos como a su

Es por eso que salud. El cuidado pero principalme disciplinar la diet estilo de vida per

Medio ambiente

Los medios social sociedad de difer individuos y las p miento de la diver y las comunidades

protagonista de su propio cuidado, y su participación en programas educativos con actuación del equipo de salud multidisciplinario propicia la adhesión al tratamiento, además de constituir un desafío para el sistema de salud en el control de la HAS (Caja, 2003; Silva, 2006).

Según los relatos de los hipertensos, se cuidan para prevenir alguna complicación grave y dicen que, cuando la PA se eleva, la primera acción es buscar su medicamento y tratar de relajarse.

Ahora cuido mi cuerpo, no fumo, no bebo alcohol, no todo lo que quiero comer es bueno, no sabes lo que me cuesta, esto que te estoy diciendo parece tan sencillo...

Me cuido porque cuando me enfermo los gastos y todo afecta también a mi familia, a mis hijos...

Lo principal es cuidar lo que como, como de todo pero me mido y siempre estoy controlada...

Es evidente que esos pacientes ahora están más conscientes sobre cómo cuidar su cuerpo y como protegerlo; están conscientes de que no todo lo que comen es bueno para su salud y procuran cuidarse, caso contrario, pueden tener complicaciones que causan daños tanto a ellos como a su familia.

Es por eso que acreditan que el cuidado ayuda a tener una mejor salud. El cuidado para el individuo puede tener innumerables facetas, pero principalmente despierta la necesidad de realizar actividad física, disciplinar la dieta, controlar el estrés y, de forma general, cuidar el estilo de vida personal.

Medio ambiente

Los medios sociales respaldan el conjunto de valores y normas de una sociedad de diferentes maneras, influyen en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades proporcionan una red de apoyo que reduce o evita

muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la no disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Los hipertensos manifestaron una realidad de forma concreta, cuya naturaleza guarda una constante tensión emocional en su vida diaria, y afirman que es una enfermedad que interfiere en su vida social, personal y afectiva.

Es una enfermedad que modifica la vida del hipertenso, el hecho de estar continuamente bajo vigilancia médica le produce tensión emocional y es probable que por eso su PA no sea controlada, con oscilaciones frecuentes, lo que genera angustia y miedo, como se ve en los discursos siguientes:

A partir de esta enfermedad dejé de trabajar, para estar más tranquila y cuidar más de mi salud...

A partir de esta enfermedad no salgo sola me da miedo que me pase algo en las calles...

Desde que me levanto, se presenta el mareo, y siempre es lo mismo, ahora no puedo trabajar, parece como si estuviera briaga, una vez me caí en el metro, desde entonces no trabajo...

Cuando apareció la enfermedad, hubo un tiempo que me volví muy miedosa, ahora con mi grupo he recuperado la seguridad, y nuevamente estoy en vendimia que me da para comer...

Manifiestan que el modo de enfrentar la enfermedad es un proceso difícil, ya que muchas veces, ésta limita su desempeño físico, lo que impide la concentración en el trabajo, genera sentimientos y emociones fuertes que alteran la PA. Ese proceso presenta repercusiones importantes que se refleja en su productividad en el trabajo:

Después de esta enfermedad tengo problemas con mi marido, eso del sexo, se fue de mí...

Soy más insegura, tengo serios problemas en el trabajo, no me concentro, no rindo igual...

La vida es un problema, necesito que alguien me ayude, siempre he

estudios han revelado la baja participación y el bienestar.

de forma concreta, emocional en su vida y en su vida so-

hipertenso, el hecho produce tensión controlada, con miedo, como se ve

estar más tranqui-

liedo que me pase

mpre es lo mismo, viera briaga, una bajo...

que me volví muy seguridad, y nue- mer...

ad es un proceso físico, lo que timientos y emota repercusiones trabajo:

mi marido, eso del

bajo, no me con-

ayude, siempre he

sido muy apurona, todo me gusta que esté en orden, creo que exagero, pero así soy, ahora me da coraje que no logro hacer todo lo que me gusta, eso de la enfermedad me fregó todo...

Tanto problema, que mejor me jubilé, pero ahora tengo problemas económicos y de todos modos está la preocupación...

Para otros existe el sufrimiento y la soledad, pues la familia no los apoya cuando ellos más necesitan. Esos sentimientos se presentan durante la enfermedad como parte de un proceso de cambios; cada enfermo puede o no vivenciar ese proceso; lo alerta para valorar y conocer la verdadera realidad de vivir con una enfermedad, que no se cura, pero sí puede ser controlada. También dentro de todos esos sentimientos surge la fe de curarse con la ayuda de Dios.

Ahora yo sé que Dios es el que me ayuda a salir de esta prueba, ahora confió en que él me va a curar, fue una forma de parar la forma de vida que llevé por muchos años...

Cuando me dijeron que era hipertenso, dije ya ni modo, qué le hago, creo que Dios me va a sanar, estoy segura...

Lo que siento es que mi familia no me va ayudar, nuevamente estaré sola, y me entra la angustia por la soledad y mejor no digo nada...

Las funciones de ayuda y apoyo adquieren importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional, pues contribuyen a la solución de situaciones conflictivas que influyen a su vez en el adecuado control de la enfermedad. Convivir en armonía es fundamental para el ser humano, las relaciones con hostilidad e ingratitud terminan debilitando nuestro sistema inmunológico, abriendo un campo para la instalación de la enfermedad de diversa naturaleza (Almeida, 2005).

Los hipertensos viven con incertidumbre, y con inseguridad en su diario vivir; de esa forma, buscan cambios, para lograr la tranquilidad; en todo sentido. Pero no siempre lo logran, viven en constante

estrés y con miedo incluso para salir de casa. Ellos califican a la enfermedad como terrible y grave, que les produce inestabilidad. Llama la atención la creencia de que no valen como ser humanos, no sirven para nada sólo para causar problemas a la rutina de su familia.

Soy más tranquilo, muchas veces me trago el coraje, la rabia...

Ni te imaginas trato de tranquilizarme y ni siempre lo logro...

Siempre tengo que ahogar mi coraje...

Estos aspectos también fueron identificados en el estudio de Pérez (2003).

Servicios de salud

Los pacientes descubren la importancia de los servicios de salud y de ese modo, se sienten satisfechos con ese servicio. Asimismo, sienten que disfrutan de privilegios, pues señalan que las relaciones interpersonales son efectivas y de aceptación, tanto del personal del área de salud, como de sus colegas del grupo de ejercicio.

Los hipertensos afirman que los profesionales de la salud dan indicaciones precisas sobre el tratamiento, sin valorar si serán cumplidas, no consideran lo que significa para ellos comer sin sal o participar de un programa de ejercicio, cuando lo que desean en realidad es solo descansar. Sin duda, en el universo de nuestro estudio, existen factores que no permiten mayor adherencia al tratamiento, como la edad, las percepciones de la gravedad de la enfermedad, y las posibles complicaciones:

Siempre que voy a consulta el médico habla de que tengo que comer esto y aquello, pero él no sabe si puedo hacerlo o no...

No me entiende ni yo lo entiendo, siempre está con prisa...

El médico dice tome su medicamento, haga la dieta, el ejercicio, pero nunca me pregunta qué es lo que pienso y necesito...

Verás, cuando voy a consulta si mi presión está bien, el médico me habla con voz suave, pero si no es así, la cara que me pone lo dice todo, o si no, se altera...

a. Ellos califican a la
 hace inestabilidad. Lla
 no ser humanos, no sir
 rutina de su familia.
 coraje, la rabia...
 siempre lo logro...

en el estudio de Pérez

servicios de salud y de
 cio. Asimismo, sienten
 las relaciones interper
 el personal del área de
 cio.

es de la salud dan indi
 rar si serán cumplidas;
 in sal o participar de un
 realidad es solo descan
 existen factores que no
 o la edad, las percepcio
 les complicaciones:
 de que tengo que comer
 hacerlo o no...
 stá con prisa...

a dieta, el ejercicio, pero
 y necesito...

está bien, el médico me
 la cara que me pone lo

La distancia intelectual entre el profesional de salud y el hipertenso no debe ser usada como instrumento de poder, para agredir o discriminar al paciente, sino para apoyar, ayudar y esclarecer las dudas y prescripciones que el paciente precisa seguir. El hipertenso debe ser visto como un individuo con dudas sobre su enfermedad y posee la capacidad de elegir libremente, de acuerdo con sus necesidades personales (Reiners, 2005).

El tratamiento es mencionado como algo permanente en sus vidas, que incluye medicamentos e indicaciones de cambio en el estilo de vida.

La necesidad de tratamiento no farmacológico ni siempre es comprendida por los pacientes, ya que algunos no realizaran ningún cambio en su estilo de vida. Al mismo tiempo, cuando tienen prescripción de tratamiento medicamentoso, sólo lo consumen cuando presentan síntomas, creen que no están enfermos y por tanto, no toman los medicamentos.

No tomo el medicamento, me da tos, bueno, lo tomo cuando me siento mal...

El medicamento lo tomo cuando no puedo respirar bien, o me duele la nuca...

Se me olvida tomar mi captopril, lo recuerdo cuando me siento mal, hasta entonces...

Yo ni creo nada de esta enfermedad, a veces lo tomo, cuando me acuerdo...

Yo ni creo nada de esta enfermedad, por eso no tomo nada...

No lo necesito, no tomo el medicamento...

La presencia de la enfermedad crónica coloca a los pacientes ante una situación nueva e inesperada, resultado de una fuerte carga emocional, muy intensa al saber que es una enfermedad que no tiene cura, que precisa de tratamiento para siempre, y que exige medidas terapéuticas basadas en cambios de hábitos de vida.

Los pacientes no toman el medicamento prescrito por el médico, sino cuando presentan algún síntoma, y como muchas veces no presentan síntomas, prescinden de él (Silva, 2006).

Los hipertensos recurren a aquello que creen que puede ayudarlos a sentirse mejor, como cuidados alternativos con infusiones de hierbas y llegan a expresar que no sienten confianza en los profesionales de la salud, por esta razón no usan lo que les ordenan, optan por tés y consideran que los profesionales de salud no valoran la utilización de los conocimientos propios de los pacientes.

Otras cosas me tomo y tengo buenos resultados, voy con el homeópata y con el acupunturista...

Tomo un té que me dio una amiga y tengo buenos resultados, además del medicamento, ese no lo dejo...

Tengo conocidos que sufren de esta enfermedad y toman algunos preparados que un curandero les hace y se olvidan de la enfermedad, es mejor no tomar veneno, eso son las medicinas de ahora...

Me tomo mi té japonés y estoy bien...

Tomo mi té de alpiste y bien...

CON

Para el presente se
Salud de Lalonde,
trado en su contex
esta comprender l
prevención de los
Los hallazgos
tensos con PA no c
77.08% eran
54.16% tenía
81.25% no es
27.08% prese
que 90; 4
para la es
20.83% indi
72.91% segu
43.73% indi
39.59% eran
52.08% pro
68.75% pos
54.16% se c
70.83% indi
indicada
75.0% no fi

médico,
s no pre-

adarlos a
e hierbas
ales de la
és y con-
ón de los

el homeó-

idos, ade-

a algunos
de la en-
ficinas de

CONSIDERACIONES FINALES

Para el presente se aplicó el marco teórico del Modelo de Campo de Salud de Lalonde, que permitió analizar el paciente hipertenso insertado en su contexto durante la convivencia con la HAS, teniendo en vista comprender la experiencia de los mismos frente al tratamiento y prevención de los factores de riesgo.

Los hallazgos del estudio indican que, entre el grupo de los hipertensos con PA no controlada:

- 77.08% eran mujeres
- 54.16% tenían edad superior a 60 años
- 81.25% no estaban con la PA no controlada
- 27.08% presentaban sobrepeso y 68.75% poseían RCC mayor que 90; 45.83% no sabían indicar antecedentes familiares para la enfermedad
- 20.83% indicaron ser hipertensos hace más de diez años
- 72.91% seguían tratamiento para la HAS
- 43.73% indicaron conocer los valores de PA
- 39.59% eran viudos
- 52.08% procedían del medio urbano
- 68.75% poseían nivel de escolaridad bajo
- 54.16% se ocupaban de las actividades del hogar
- 70.83% indicaron realizar ejercicio físico, siendo la caminata indicada por 66.67% de ellos
- 75.0% no fumaban

- 68.75% no consumían bebidas alcohólicas
- 66.67% indicaron presentar estrés, siendo éste más frecuente en función de problemas familiares y del hogar
- 72.91% indicaron hacer tres comidas diarias y consumir alimentos con poca sal (68.75%)
- 68.75% indicaron usar el servicio de salud del sistema público, cuando presentan complicaciones

Se puede verificar que los hipertensos desconocen el concepto de HAS, pero refieren aspectos y síntomas relacionados con la elevación de la PA. Estas respuestas se basaron en la propia experiencia de vida y están asociadas con síntomas y emociones. El hecho de convivir con la enfermedad implica miedo, tristeza y desesperanza.

Estos sentimientos son originados por la falta de información clara proporcionada por los profesionales de la salud. Los hallazgos tienen relación con el nivel de instrucción, condición financiera y ocupación, que consecuentemente llevan a un menor nivel de adhesión al tratamiento, así como aumento del estrés, elevación de la PA, dando origen a la irritabilidad y la ira.

La vivencia referente al periodo de descompensación es percibida como experiencia difícil, de inicio súbito e inesperado, lo que altera su vida cotidiana. Relacionan fuertes pérdidas afectivas y sociales, que afectaron sus vidas por causa de la enfermedad.

Se identificó que los hipertensos perciben como necesario cambiar de comportamiento, a partir de la ya descubierta enfermedad, cuando se presentan los síntomas que perturban su vida diaria. Por tanto, esa enfermedad, cuando no es tratada de forma adecuada puede llevar a la invalidez parcial o total, generando graves repercusiones para el paciente, la familia y para la sociedad.

Otro aspecto a destacar es que el inicio de la enfermedad no genera ningún cambio significativo, en cuanto al estilo de vida, a pesar de que algunos individuos mencionan la disminución de la ingesta de ciertos

alimentos e intensifican el ejercicio. Además de que, hay participantes que no presentaban ningún síntoma, motivo por el cual muchas veces no se apegan a la medicación, cambian el estilo de vida, pero aún así, abandonan la medicación debido a los efectos colaterales.

Los mensajes abordan al autoconocimiento y la reflexión sobre lo que realmente significa ser portador de la HAS. Emoción, miedo, sufrimiento, dolor, ansiedad hacen parte del día a día de la persona que está con la enfermedad. Estas características revelan la necesidad de ayudar al enfermo, por medio de acciones educativas, capacitando a los hipertensos para adoptar actividades de autocuidado, de tal forma que atiendan sus exigencias personales y hacerlos capaces para el convivir con la enfermedad.

Es importante señalar el papel del profesional de enfermería junto al equipo multidisciplinario, aunque no estén presentes en los relatos de los hipertensos, ninguna referencia a este hecho; los programas de ejercicio son coordinados por enfermeras, y también son responsables de otros programas preventivos.

Los participantes desconocen lo que es la enfermedad y buscan formas para conocerla por medio de libros, Internet y conversaciones con otros hipertensos; es donde ellos comparten sus experiencias sobre la enfermedad.

Se debe tomar en cuenta la experiencia del hipertenso sobre lo que piensa y siente durante el proceso de la enfermedad, respetando lo que hace para cuidar su salud y también reorientando acciones erróneas que colocan en riesgo la vida del hipertenso.

Es evidente que el hipertenso precisa de acompañamiento psicológico para exponer los sentimientos que surgen durante la enfermedad. Cualquier enfermedad es difícil de ser aceptada y normalmente este proceso es vivido de forma solitaria entre los hipertensos. Una mejor relación médico-paciente puede ayudar al paciente a manejar las tensiones intrínsecas y extrínsecas, así como las situaciones emocionalmente angustiantes.

Este estudio nos permitió conocer a los pacientes hipertensos, que luchan con la enfermedad crónica, y que procuran a un grupo de apoyo para mantener la normalidad de su PA para contar con ayuda e incentivos que les permitan compartir las experiencias de la vida, para mejorar en el proceso de enfrentamiento de las nuevas situaciones que la enfermedad reserva.

Este grupo de pacientes hipertensos, luchadores desean recuperar la habilidad para comprometerse con su cuidado y alcanzar el bienestar deseado. El diagnóstico emitido por el médico sobre la confirmación de la enfermedad es un mensaje que despierta el proceso de aceptación o negación, generando expresiones subjetivas de emoción como, temor, culpa y ansiedad.

Se espera contribuir con elementos de reflexión para el equipo multidisciplinario sobre los programas de prevención, a través de nuevas estrategias educativas para el mejor entendimiento del hipertenso.

Es importante destacar que existen cuestiones identificadas en este estudio que precisan mayor investigación en el futuro.

Finalmente, los resultados de este estudio son importantes para el universo de los servicios de salud de México, así como para el grupo de pacientes estudiados. Nos motiva para continuar dentro de esta línea de investigación a fin de generar nuevos conocimientos, junto con los pacientes hipertensos, lo que ciertamente contribuirá para mejorar el bienestar físico y emocional de los pacientes y ayudar a otros que se descubren hipertensos.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, F. A.; D'ÁVILA, R.; CADAVAL, R. A. M.; RODRIGUES, C. I. S. "Prevenção primária e detecção precoce da hipertensão arterial em escolas do ensino médio: projeto comunitário envolvendo estudantes de medicina". *Rev. Bras. Educ. Méd*, v. 26, n. 2, p. 88-93, 2002.
- ALMEIDA, J. R. *Filosofia da convivência*. Porto Alegre: Editora AGE, 2005.
- ALONSO CASTILLO, M. M.; GARZA BARAJAS, R.; GONZÁLEZ GARCÍA, B. A. "Apoyo social y estilo de vida del paciente con hipertensión arterial". *Revista de salud Pública y Nutrición*, ed. especial, n. 4, 2001.
- ÁLVAREZ, S. Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. 2003. Disponible en: <<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band121/b121-3.html>>. Acceso en: 12 mar. 2006.
- ÁLVAREZ-GAYOU JURGENSON, J. L. *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. 1a. ed. Editorial Paidós: Barcelona, 2004.
- APPEL, L. "Hacer múltiples cambios en el estilo de vida ayuda a reducir la presión arterial". *Ann Intern Med*, 2006.
- AQUINO, R. C.; SILVA, F. A. "Orientação dietética para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): desenvolvimento de uma lista de substituição de sal". In: Congresso da Sociedade

- de Cardiologia do Estado de São Paulo, 25., 2005, Universidade São Judas Tadeu.
- ARAÚJO, C. G. S. "Fisiologia do Exercício físico e hipertensão arterial: uma breve introdução". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 2, n. 2, 2001.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCÍA, T. R. "Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual". *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 12 abril 2006.
- ARRIOJA MORALES, G.; ALONSO CASTILLO, M. "Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial". *Revista de Salud Pública y Nutrición*, ed. especial, n. 4, 2004.
- ARROYO, P. "El estilo de vida y la prevención de la obesidad". *Boletín de Nutrición*, órgano de FUNSAUD, v. 1, n. 3, 2005.
- AYRES, J. E. M. "Prevalencia da hipertensão arterial na cidade de Piraicaba". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 57, n. 1, p. 33-36, 1991.
- BARBOSA GOMES, A. C. *et al.* Efeito do exercício físico aeróbio no individuo hipertenso. In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 25, Universidade do Vale do Paraíba, 2005.
- BARBOSA, M. R.; JORGE, M. S. *Experience with arterial hypertension: construction of meanings and its implications for daily life*. Universidade Estadual do Ceará, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. "Situação de Saúde da população brasileira: tendências, histórias, determinantes e implicações para as políticas de saúde". *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 3, n. 3/4, p. 7-34, 1994.
- BARROS, M. V. L. *et al.* "Perfil metabólico e social dos pacientes hipertensos estágios 2 e 3 atendidos no instituto nacional de cardiologia laranjeiras. Instituto nacional de cardiologia laranjeiras". In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 25., 2005.

BECKER, D. "N
no progr
(Mestrad
ca da Fun
BERWANGER,
cardiova
tens, v. 1
p. 66-76.
BRANDÃO, A.
de doenç
Brasileir
BRASIL. Mini
Saúde. I
Controle
Falando
BRASIL. Mini
gismo no
inca.gov
12 ago.
BRASIL. Mini
Saúde. I
Program
terial. N
e Contr
BRASIL. Mini
Saúde. I
doenças
propost
BUSNELLO, F
BEIRA, E
do acor
ambula

REFERENCIAS

- Universidade
 nsão arterial:
 n. 2, 2001.
 ti-hipertensi-
 enfermagem,
 e.br>. Acesso
- ida en el
 Pública y
 dad”. *Bole-*
 05.
 dade de Pira-
 91.
 óbio no
 e Cardiolo-
 le do Parai-
- ertension:
 ily life. Uni-
 70, 1977.
 ulação bra-
 ções para
 US, ano 3,
 ientes hiper-
 de cardiolo-
 njeiras”. In:
 e São Paulo,
- BECKER, D. “No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa da saúde da família”. 2001. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- BERWANGER, O.; AVEZUM, A. “Hipertensão como fator de risco cardiovascular: oportunidades de prevenção”. *Rev. Bras. Hipertens*, v. 11, n. 2, p. 119-123, 2004. *Brasileira Médica*, v. 60, p. 66-76, dez. 2004.
- BRANDÃO, A. P. “Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares. Adalat Insight Study”. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 2, n. 5, p. 180-183, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). Falando sobre tabagismo. 2. ed. Rio de Janeiro, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo no Mundo. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/dadosnum/mundo.htm>>. Acessado em: 12 ago. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de programas de saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1993.
- BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. “Características associadas ao abandono do acompanhamento de paciente hipertenso atendido em um ambulatório de referência”. *Arq. Bras Cardiol*, v. 76, n. 5, 2001.

- BUZZI, A. R. *La existencia humana no mundo*. 16. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2007.
- CADE, V. N. "A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensos". *Rev. Latino-am Enferm*, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.
- CAJA LOPEZ, C. *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Editor Masson, 2003.
- CALVO VARGAS, C. *La atención del paciente con hipertensión arterial: un enfoque para consultorio*. Biblioteca Médica Mexicana, 1999.
- CANTOS, G. A.; DUARTE, M. F. S.; DUTRA, R. L.; SILVA, C. S. M.; WALTRICK, C. D. A.; BALENEN, M. G.; HERMES, E.; PEROZIN, A. R. "Prevalencia de fatores de risco de doença arterial coronaria em funcionarios de hospital universitario e sua correlação com estresse psicologico". *J. Bras. Patol. Med. Lab*, v. 40, n. 4, p. 240-247, 2004.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. 21. ed. São Paulo: Cultrix, 2000.
- CARNEIRO, G.; FARIA, A. N.; RIBEIRO FILHO, F.; FERNANDO, F.; GUIMARÃES, A.; LERARIO, D.; FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. "Influencia da distribuição de gordura corporal sobre a prevalencia de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em individuos obesos". *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.
- CASTRO, A. P.; SCATENA, M. C. M. "Manifestación Emocional de Estrés del Paciente Hipertenso". *Rev. Latino-am Enferm*, v. 12, n. 6, 2004.
- CASTRO, E. M.; M. O. R. "Knowledge and stereotypes of workers concerning hypertension". *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 2, n. 10, 2006.
- CHÁVEZ CORREA, E.; CADE, V. N. "Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão". *Rev. Latino-am Enferm*, v. 12, n. 2, 2004.
- CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L.; JONES, D. W.; MATERSON, B. J.; OPARIL, S.; WRIGHT, J. T.; ROCCELLA, E. J.; NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM COORDINATING COMMITTEE. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC-7°

REFERENCIAS

- Report. Journal of the American Medical Association, v. 289, p. 2560-2572, 2003.
- CHOR, D. "Hipertensão Arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento". *Arq. Brás. Cardiol*, v. 71, n. 5, 1998.
- CHOR, D.; FAERSTEIN, E. "Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose". *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 241-244, 2000.
- COLOMBO, R. C. R.; AGUILAR, O. M. "Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio". Ribeirão Preto. *Rev. Latino-am Enferm*, v. 5, n. 2, 1997.
- CONSUEGRA, R. V. G.; ZAGO, M. M. F. "Crenças entre fumantes em um programa de saúde cardiovascular". *Rev. Latino-am Enferm*, v. 12, n. especial, p. 412-419, 2004.
- CORDEIRO, R.; LIMA Filho, E. C.; ALMEIDA, I. "Pressão Arterial entre trabalhadores de Curtume". *Ver. Saúde Pública*, v. 32, n. 5, 1998.
- COSTA, L. B. E.; COSTA, H. L. E.; COSTA RIBEIRO, A.; ALENCAR, S.; CARVALHO, R. "Identificação dos fatores de risco para as doenças coronarianas em mulheres climatericas". *Reprodução e Climatério*, v. 14, n. 4, p. 190-194, 1999.
- CRUZ CASTRUITA, R. M. "Apoyo social y estilo de vida del paciente con hipertensión arterial". *Revista de Salud Pública y Nutrición*, ed. especial, n. 4, 2002.
- CRUZ, I. C. F.; LIMA, R. "Detecção dos fatores de risco para hipertensão arteriana equipe de Enfermagem". *Rev. Enferm. UERJ*, v. 6, n. 1, p. 223-232, 1998.
- DANTAS, A. P. V.; NIGRO, D.; FORTES, Z. B.; SCIVOLETTO, R.; CARVALHO, M. H. C. "Hormônios sexuais femininos: aspectos fisiológicos". *Hipertensão*, v. 2, n. 3, p. 70-75, 1999.
- DANTAS, R. A. S. "Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de Campo de Saúde". Tese (Mestrado)

- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- DANTAS, R. A. S. "Reabilitação de pacientes após a cirurgia de revascularização do Modelo Campo de Saúde". Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- DELBIN, M. A.; ZANESCO, A. "Efeitos do exercício dinâmico por dança na pressão arterial de sujeitos hipertensos". In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 25., 2005, Universidade Estadual Paulista.
- DEVER, G. E. A. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, p. 394, 1988.
- DEVER, G. E. A. *Epidemiología y administración de los servicios de salud*. [s. l.]: OPS/OMS, 1991.
- DÍAZ SOTO, L. Dieta para reducir el peso corporal y controlar la hipertensión arterial en adultos. El Centro Cochrane Iberoamericano y la Organización Mundial de la Salud Pública La Biblioteca Cochrane Plus. (ISSN 1745-9990). Traducen, Infoglobal Support, edita, Update Software Ltd. Acceso em: 2006.
- DRESSLER, W. W.; DOS-SANTOS, J. E. "Correlações socioculturais da pressão arterial: os estudos de Dressler e Dos-Santos". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 8, n. 2, p. 225-229, 2001.
- DUARTE, J.; BARRIOS, A. *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. Editorial Atlas: São Paulo, 2005.
- DUCHIADE, M. P. "População brasileira: um retrato em movimento". In: MINAYO M. C. S (Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 14-56, 1995.
- EJERBLAD, E. *et al.* "Obesity and risk for chronic renal failure". *J. AmSocNephrol*, v. 17, p. 1695-1702, 2006.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, ENS. GOB. MEX, 2006. Disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>>. Acceso en: 18 marzo 2007.

REFERENCIAS

- rsidade de São
 rgia de revas-
 Doutorado) -
 sidade de São
 mico por dança
 ongresso da
 s, 25., 2005,
 serviços
 servicios
 ntrolar la
 ne Iberoame-
 blica La Bi-
 zen, Infoglobal
 006.
 culturais da
 tos". *Rev.*
 sa em Comuni-
 movimento".
 e e população
 6, 1995.
 failure". J.
 Disponible
 030ssa29.
- EPELAND, M. A.; KUMANYIKA, S.; WILSON, A. C.; REBOUSSIN, D. M.; EASTER, L.; SELF, M.; ROBERTSON, J.; BROWN, W. M.; MCFARLANE, M. "Tone cooperative research group.statiscal issues in analyzing 24-hour dietary recall and 24 hour urine collection data for sodium and potassium intakes". *Am J. Epidemiol*, v. 153, n. 10, p. 996-1006, 2001.
- FALCÃO, L. M.; GUEDES, M. V. C.; SELIA, L. F. "Portador de hipertensão arterial: compreensão fundamentada no sistema pessoal de Smo-gene King". *Rev. Paul. Enferm*, v. 25, n. 1, 2006.
- FAZAN Júnior, R.; SILVA, V. J. D. "Principais fatores que interferem nas variações da pressão arterial e do intervalo cardíaco". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 7, n. 2, p. 180, 2000.
- FEIJÃO, A. M. M.; GADELHA, F. V.; BEZERRA, A. A.; OLIVEIRA, A. M.; SILVA, M. S. S.; LIMA, J. W. O. "Prevalência do excesso de peso e hipertensão arterial em população urbana de baixa renda". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005.
- FEIJÓ, R. *Metodologia e Filosofia da Ciência*. Editorial Atlas, 2003.
- FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. "Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 7, n. 2, p. 128-135, 2000.
- FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHÔA, E. "Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos". *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 4, 2004.
- FLICK, U. W. E. *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Edit. Fundación PAIDEIA, 2004.
- FONSECA, L. A. M.; LAURENTI, R. "Epidemiologia das cardiopatias nas duas últimas décadas: dados internacionais, dados brasileiros". En: GIANNINI, S. D. *Cardiologia Preventiva*. São Paulo: Atheneu. 2000. p. 3-8

- FORJAS MOARÉS, C. L. *et al.* "Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contra-indicação". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 10, n. 2, 2003.
- FORJAZ, C. *O papel da atividade Física*. Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2006. Disponible en: <<http://www.sbh.org.br/noticias>>. Acceso en: 12 abril 2006.
- FREITAS, O. C.; CARVALHO, F. R.; NEVES, J. M.; VELUDO, P. K.; PARREIRA, R. S.; GONÇALVES, R. M.; LIMA, S. A.; BESTETTI, R. B. "Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva", *SP. Arq. Bras. Cardiol*, v. 77, n. 1, p. 9-15, 2001.
- FRÍAS OSUNA, A. *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Edit. Masson, 2000.
- FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; MORAES, R. S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO, S. C. "Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 63, n. 6, p. 473-479, 1995.
- GARCÍA REZA, C. "Factores sociales y su asociación con el comportamiento sexual de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual". *Rev. Ergo Sum*, v. 8, n. 2, p.162-168.
- GIROTTI, C. A.; VACCHINO, M. N.; SPILLMANN, C. A.; SORIA, J. A. "Prevalência de factores de riesgo cardiovascular en ingressantes universitarios". *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 6, 1996.
- GONZÁLEZ VALDEZ, T. *et al.* Hipertensión arterial y estrés: una experiencia. s. d. Disponible en: <<http://www.google>>. Acceso en: 15 mayo 2006.
- GONZÁLEZ-CAAMAÑO, A.; PÉREZ-BALMES, J.; NIETO-SÁNCHEZ, C.; VÁZQUEZ-CONTRERAS, E. "Importancia de las enfermedades cronicodegenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México". *Salud Pública México*, 1986.
- GUEDES, N. G.; COSTA, F. B. C.; MOREIRA, R. P.; MOREIRA, T. F.; CHAVES, E. S.; ARAÚJO, T. L. "Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial". *Rev. Esc. Enferm. USP*; v. 39, n. 2, p. 181-188, 2005.

REFERENCIAS

- paciente
Arq. Bras. Hipertens.
- brasileira de
[sbh.org.br/noti-](http://www.sbh.org.br/noti-)
- P. K.; PARREIRA,
 A. "Prevalência
 urbana de Catan-
 7, 2001.
 t. Masson, 2000.
 IER, M.;
 têmica e fatores
 do de base po-
 3-479, 1995.
 con el compor-
 dades de trans-
 -168.
 DRIA, J. A. "Pre-
 ingressantes
 1996.
 strés: una expe-
 s. Acceso en:
- NCHEZ, C.;
 ermedades cro-
 ológico actual
- A, T. F.; CHAVES,
 adores de hiper-
 t. *Esc. Enferm.*
- GUERRERO ROMERO, J. F.; RODRÍGUEZ-MORÁN, M. "Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada". *Revista de Salud Pública México*, 1998.
- GUÍA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Nueva guía, 2007. Disponible en: <<http://www.Jhypertension.com.br>>. Acceso en: marzo 2006.
- GUIMARÃES, M. C.; YOKOYA, E. M. "Estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida com grupos de hipertensos. Centro de referência em hipertensão e diabetes Belenzinho, São Paulo". In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 25, 2005.
- GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. "Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 83, n. 5, p. 424-433, 2004.
- GUTIÉRREZ, J. "Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambios de estilo de vida". *Revista Médica de Colombia*, v. 32, 2001.
- HAJJAR, I.; KOTCHEN, T. A. "Trends in prevalence awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000". *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 290, n. 2, p. 199-206, 2003.
- HERNÁNDEZ MELÉNDEZ, E.; PALMERA CHÁVEZ, S. A. F. *Intervenciones Psicológicas en las enfermedades cardiovasculares*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2003.
- HERNÁNDEZ, A. Q. *et al.* "La calidad de la vida del paciente diabético". [s. l]: *El Hospital*, 2003.
- HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. "Challenges for developing a comparative analytical model for health services". *Cad. Salud Pública*, v. 15, n. 1, 1999.
- INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGÍA. CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD. Re-Encuesta Nacional De Hipertension Arterial, RENAHTA. 2007.
- IZZO, J. L.; BLACK, H. R. *Hypertension Primer*. 3. ed. Heart Association, 2003.

- JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The JNC-6° Report. *Arcives of Internal Medicine*, v. 157, n. 21, p. 2413-46, 1997.
- KULLER, L. "Estrategias para la prevención de la obesidad y problemas relacionados con la nutrición". *Órgano del FNN de FUNSALUD*, v. 1, n. 3. 2006.
- LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, 1974.
- LEITE, S. M. C. F. "Educação e controle da hipertensão arterial". In: Congresso Brasileiro de Extensão, 2., 2004, Anais, Universitária Belo Horizonte.
- LESSA, I. "Doenças não transmissíveis". In: Rouquayrol, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. São Paulo: Medsi, p. 269-279, 1994.
- LESSA, I. "Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 8, n. 4, p. 383-392, 2001.
- LESSA, I. "Epidemiologia da hipertensão arterial". In: ROUQUAYROL, M. Z. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, p. 77-96, 1998.
- LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD MÉXICO. 12. ed. México: Porrúa, 2004.
- LIMA, M. T.; BURCHER, F. J. S.; L. O. J. W. "High blood pressure from the perspective of a low-income population; an exploratory study of knowledge, attitudes, and practices". *Cad. Salud Pública*, v. 20, n. 4, 2004.
- LIMA, S. M. R. R.; ALDRIGHI, J. M.; COLOMBO, F. C.; GIORGI, D. M. A. "Hipertensão arterial e climatério". *Hypertension*, v. 4, n. 2, p. 51-54, 2001.
- LIPP NOVAES, M. E.; FRARE, A.; F. U. S. "Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional". *Est. Psicol.*, v. 24, n. 2, 2007.

REFERENCIAS

- LIPP, M. N. *Stresse, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1996.
- MACIEL, B. C. "A hipertrofia cardíaca na hipertensão arterial sistêmica: mecanismo compensatório e desencadeante de insuficiência cardíaca". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 8, n. 4, p. 409-413, 2001.
- MACIEL, E. A. B. "Estudo da adesão ao tratamento da hipertensão arterial". Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.
- MACIEL, I. C.; ARAÚJO, T. L. F. "Consultas de enfermagem: análise de las actividades desarrolladas en los programas de hipertensión arterial de Fortaleza". *Rev. Latino-am Enferm*, v. 11, n. 2, 2003.
- MAGALHÃES MOREIRA, T. M.; LEITE DE ARAÚJO, T. "Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de la salud". *Revista Index*. Disponible en: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/articulo.htm>>. Acceso en: 23 abril 2006.
- MANTOVANI, M. F. *et al.* "Impacto Educativo de Enfermería en la Capacidad de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial". *Revista Colombia Médica*, 1999. Disponible en : <www.enfermagem.ufpr.br/gemsa/trabalho_has_cben_2004.pdf>. Acceso en: 15 abril 2006.
- MARRONI, S. N. "Controle da hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde na região oeste da cidade de São Paulo". 2005. 135 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.
- MARTÍ TUSQUETS, J. L. *De la enfermedad a la fábula: Apariencia e imagen de salud*. 1. ed. España: Editorial Anthropos, 2004.
- MARTIN, J. F. V.; HIGASHIAMA, E.; GARCÍA, E.; LUIZON, M. R.; CIPULLO, J. P. "Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 83, n. 2, p. 125-135, 2004.
- MEDEIROS, S. L.; BOGUS, C. M.; HADAD, N. "Avaliação de um Programa Educativo Multidisciplinar de Prevenção Secundaria Em Doença

- Arterial Coronária". *Rev. Soc. Cardiol.* Estado de São Paulo, v. 13, n. 12, 2003.
- MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- MENDOZA GONZÁLEZ, C. Guías del Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. *Archivos de Cardiología de México*, v. 76, 2006.
- MENEZES, E. O.; BARRETO, G. A.; GARRONE, V. B. "Sistema renina-angiotensina: interação gene-ejercicio". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 10, n. 2, 2003.
- MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. *Abordagem Teórico-Metodológica Qualitativa*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro Brasil, 2003.
- MÉXICO. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. 2005 disponible en <http://www.inegi.gob.mx/default.aspxc506>. Acceso en 20 ago. 2007.
- MÉXICO. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. II conteo de población y vivienda 2006. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi>. Acceso en: 19 nov. 2007.
- MÉXICO. Norma Oficial Mexicana. Para la Prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (NOM-O43-SSA2-2005). 2000. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>. Acceso en: 12 mar. 2007.
- MÉXICO. Secretaría de Salud, ss. Plan nacional de salud 2001-2006. Salud, 2001. Disponible en : <http://www.salud.gob.mx/unidades2005>. Acceso en: 12 mayo 2005.
- MÉXICO. Secretaría de Salud, ss. Plan nacional de salud 2006- 2012. Salud, 2006. Disponible en : <http://www.salud.gob.mx/unidades2007>. Acceso en: 18 ago. 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro, 1993.
- MION JÚNIOR, D. M.. "5ª Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial". *Arq. Bras. Cardiol*, p. 4-49, 2006.

- no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 81, n. 4, p. 428-434, 2003.
- NONINO-BORGES, C. B.; DOS-SANTOS, J. E. "Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas à hipertensão arterial (diabetes melito, dislipidemias, hiperuricemia)". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 11, n. 2, p. 98-101, 2004.
- OLIVEIRA, T. C.; ARAÚJO, T. L.; MELO, E. M.; ALMEIDA, D. T. "Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial". *Rev. Latino-am Enferm*, v. 10, n. 4, p. 530-536, 2002.
- OREM, D. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. 4. ed. Barcelona: Masson, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. Comunicado de Imprensa. 2000. Disponible en: <<http://www.whoafr.org/press/portuese-regionalcommitte.html>>. Acesado en: abril 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. 2000. Disponible en: <http://www.whoafr.org/press/regional.html>. Acceso en: octubre 2006.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. 2000. Disponible en: <http://www.whoafr.org/press/portuese.html>. Acceso en: mar. 2005.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Razón cintura: cadera como factor predictor de hipertensión arterial. 2007. Disponible en: <<http://www.Scielo.br/scielo.br>>. Acceso en: 5 mayo 2007.
- PALMERO ZILVETI, E. Hipertensión arterial sistémica encuesta en las ciudades de la paz y el alto. Bolivia, 2000. Disponible en: <http://www.bago.com/Vol5_n6/html/has.html>. Acceso en: 3 mayo 2006.
- PÉREZ RIERA, A. R. P. *Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica*. São Paulo: Athaneu, 2000.

REFERENCIAS

- Arq. Bras. Hipertens, 2003.
- cional nas al-
tal (diabetes
Hipertens,
t. "Avaliação
hipertensão
80-536, 2002.
n la práctica.
de Imprensa.
s/portuese
as crônico-
re alimentação
rición y pre-
ble en: <http://>
ctubre 2006.
rición y pre-
ble en: <http://>
mar. 2005.
n cintura: ca-
2007. Disponi-
5 mayo 2007.
cuesta en
sponible en:
Acceso
ráticos e tera-
- PÉREZ, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. "Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas". *Rev. Saúde Pública*, v. 37, n.5, 2003.
- PERLOFF, D.; GRIM, C.; FLACK, J.; FROHLIEH, C. D.; HILL, M.; MCDONALD, M.; MORGENSTERN, B. Z. "Human Blood Pressure Determination by Sphygmomanometry". *Circulation*, v. 88, n. 5, p. 2460-70, 1993.
- PIERIN, A. M. G. "A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre os problemas, dificuldades e expectativas quanto à doença e tratamento". 1985. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1985.
- PIERIN, A. M. G.; CAR, M. R. "Instrumentos de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatório". *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 26, n. 1, p. 17-32, 1992.
- PINHEIRO, N. L. R.; CHAKUR, P. B. "Efeito do treinamento físico Aeróbico na Hipertensão Arterial". *Revista de hipertensão*, v. 8, n. 1, 2005.
- POLITO, M. D.; FARINATTI, P. T. V. "Comportamento da pressão arterial após exercício contra-resistencia: uma revisão sistemática sobre variáveis determinantes e possíveis mecanismos". *Rev. Bras. Med. Esporte*, v. 12, n. 6, 2006.
- PORTES, L. A.; FERRARI, P. J.; SILVA, T. L.; ABREU, G. C.; VEDANA, T. A.; PORTES JR., M. P. "A hidroginástica aumenta a capacidade de trabalho físico estimada em cicloergômetro com concomitante redução da pressão arterial e frequência cardíaca de hipertensos". Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 25., 2001, Porto Alegre, UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo.
- PRIMERA GUÍA EUROPEA MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. 2005. *Journal of Hypertension*, 2004. Disponible en: <http://www.Jhypertension.com.br>. Acceso en: marzo 2006.

- QUEIROZ, M. C. D. P.; MANGINI, J. B.; ANJOS, S. C. M. A.; PELOSO, R. C. "Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial". *Rev Latino-am Enferm*, v. 5, n. 3, 1997.
- REGO, R. A.; BERARDO, F. A. N.; RODRIGUES, S. S. R.; OLIVEIRA, Z. M. A.; OLIVEIRA, M. B.; VASCONCELLOS, C.; AVENTURATO, L. V. O.; MONCAU, J. E. C.; RAMOS, L. R.. "Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares". *Rev. Saúde Pública*, v. 24, n.4, 1990.
- REINERS, A. A. O. "Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para não- adesão ao regime terapêutico". Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
- REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. "Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida". *Rev Latino-am Enferm*, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001.
- REZENDE, D. F.; SCARPELLI, R. A. B.; SOUZA, G. E.; COSTA, J. O.; SCARPELLI, A. M. B.; SCARPELLI, P. A.; CARVALHO, G. B.; D'AGOSTINI, H. M.; PEDROSA, J. C. "Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em escolares de 7 a 14 anos no município de Barbacena Minas Gerais, em 1999". *Arq. Bras. Cardiol*, v. 81, n. 4, p. 375-380, 2003.
- RIBEIRO, A. B.; ZANELLA, M. T. "Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 7, n. 2, p. 172-178, 2000.
- RICHARDSON, R. J. (Col). *Pesquisa Social*. 3. ed. Editorial Atlas: 1999.
- ROCHA, R.; PORTO, M.; MORELLI, M. Y. G.; MAESTÁ, N.; WAIB, P. H.; BURINI, R. C. "Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores". *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 5, p. 33-42, 2002.
- ROLIM, N. P. L.; BRUM, P. C. "Efeito do treinamento físico aeróbico na hipertensão arterial". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 8, n. 1, p. 35-37, 2005.
- ROSA, E. C.; PLAVNIK, F. L.; TAVARES, A. "Hipertensão Arterial Sistêmica". *Rev. Bras. Med.*, v. 61, p. 56-69, 2004.
- ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A. "Tratamento não farmacológico da hi-

REFERENCIAS

- D. R. C. "Co-rtadores de", 1997.
- A, Z. M. A.; O.; MON-ças crô-nicípio de minares".
- to hipertens-tico". Tese eto, Univer-izados: per-a".
- L.; SCARPE-TINI, H. M.; têmica em mas Gerais, 2003.
- terial no -178, 2000.
- Atlas: 1999.
- , P.H.; BURI-arterial de -42, 2002.
- blo na hi-5-37, 2005.
- al Sistêmi-o da hi-
- pertensão arterial". In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. *Manual de Cardiologia*: SOCESP. São Paulo: Atheneu, 2000.
- ROSAS PERALTA, M. "La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo". *Archivos de Cardiología en México*, v. 73, 2003.
- ROSAS, P.M.; LARA, E. A.; PASTELIN, H. G. *et al.* "Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial, RENAHTA, 2007. Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovasculares: cohorte nacional de seguimiento". *Archivos de Cardiología en México*, p. 75-111, 2005.
- RUBIOR GUERRA, F. A. *Hipertensión arterial*. México: Editorial Manual Moderno, 2005.
- SALUD: Disponível em: <<http://www.salud.gob.mx/unidades>>. Acesso: marzo, 2006.
- SANTELLLO, J. L. "Hipertensão Como fator de Risco Cardiovascular". *Revista Olhar sobre o Risco Cardiovascular*. 2000. Disponível em: <<http://www.starlix.com>>. Acesso: marzo, 2006.
- SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. S. "Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde". *Rev. Bras. Enferm*, v. 56, n. 6, p. 605-609, 2003.
- SARAIVA, K. R. O.; SANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P.; TEIXEIRA, A. C. "Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde". *Texto & contexto enferm*, Florianópolis, n. 16, v. 2, 2007.
- SILVA, C. A. "Education to the health addressed take care of himself in patient hypertension". *Revista Recrearte*, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recrearte.2006>.
- SIMÃO, M. Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango, Angola. 2005. 135 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.
- SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E. J. "Doenças cardiovasculares: perfil dos trabalhadores do sexo masculino

- de uma destilaria do interior paulista". *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 28 nov. 2004.
- SIQUEIRA, F. P. C.; VEIGA, E. V.; COSTA JÚNIOR, M. L. A "Hereditariedade como fator de risco para hipertensão arterial? algumas considerações". *Enfermagem*, Brasil, v. 2, n. 6, p. 330-335, 2003.
- SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SUIVE). Toluca, México, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, 5. Campos do Jordão, 2006.
- SOUZA, E. M. "Health promotion, social epidemiology, and social capital: associations and perspectives for public health". *Cad. Saúde Pública*, n. 22, v. 5, 2004.
- SOUZA, W. K. S. B. "Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas". *Rev. Bras. Hipertens*, v. 11, n. 2, p. 115-116, 2004.
- STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. "A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial". *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2004.
- TEXEIRA, A. C. A. "Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório". 1998. 115 f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Universidade federal do Ceará, 1998.
- TOLUCA. GOB. Disponible en :<<http://www.toluca.Gob.mx/>>. Acesso en: 11 mayo 2006.
- TORALES RICARDO, F. M. *Hipertensión arterial*. Secretaría de Salud. Sub-Secretaría de prevención y control de enfermedades. México, 2006.

REFERENCIAS

trônica de
l em: <http://
reditariedade
mas conside-
s, 2003.
IDEMIOLÓGI-
SILEIRA DE
A. V diretri-
2006.
SILEIRA DE
A. Diretrizes
órdão, 2006.
nd social
alth". *Cad.*
rtensão
s, v. 11, n. 2,
a influência
à tomada dos
p. *Bras. Car-*
o da hiperten-
ambulatório".
lica) - Univer-
mx/>. Acesso
de Salud. Sub-
México, 2006.

- TRINDADE, I. S.; HEINECK, G.; MACHADO, J. R.; AYZEMBERG, H.; FORMIGHIERI, M.; CRESTANI, M.; Gusso, J. "Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo". *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.71, n. 2, 1998.
- TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editoria Atlas, 1987.
- VELÁZQUEZ, M. O.; ROSAS, P. M.; LARA, E. A. *et al.* "Hipertensión arterial en mexico: resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2000". *Archivos de Cardiología en México*, p. 72-84, 2002.
- VERDECCHIA, P.; FAVIO, A. Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-7^o). *Rev. de cardio*, v. 55, n. 9, 2003.
- WILKINSON, R. *Lãs desigualdades perjudican: jerarquias, salud y evolución humana*. Barcelona: Editorial Critica, 2003.
- WITTCHEN, H. U.; KRAUSE, P.; HOFER, M.; PFISTER, H.; RITZ, E.; GOKE, B.; TSCHOPE, H.; TSCHOPE, D.; KIRCH, W.; PITTROW, D.; SHARMA, A. M.; BRAMLAGE, P.; KUPPER, B.; UNGER T. "Hypertension, diabetes mellitus and comorbidity in primary care". *Fortschr Med Orig*, v. 121, Suppl. 1, p. 19-27, 2003.
- WOOD-LOBIONDO, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, who. "Expert Committee on Arterial Hypertension". *Journal of Hypertension*, n. 2 .2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension: guidelines subcommittee. *Journal of Hypertension*, v. 17, n. 2, p. 151-83, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. "Obesity: preventing and managing the global epidemic". Geneva, 2000. (Who technical report series 894) 1999.

back-assis-
to is most
98-205,

SEMBLANZAS

CLEOTILDE GARCÍA REZA

Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Doctora en Enfermería por la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. Exbecaria de PROMEP. Desarrolla estudios en investigación comunitaria, con la temática del cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas adulto con hipertensión arterial. Es profesora recertificada por el Consejo Mexicano de Certificación de enfermería, A.C. (COMSE). Integrante del cuerpo académico Ejercicio en Enfermería y Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Profesora de Metodología de investigación de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. En la misma institución, también es profesora de Salud comunitaria en el postgrado.

MIYEKO HAYASHIDA

Doutora em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

MARÍA ELIZABETH MEDINA CASTRO

Actualmente es profesora e investigadora de la facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Obtuvo el grado de Doctora en Enfermería en Salud Pública por la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Recibió el premio como nueva investigadora por la Sociedad Internacional de investigación en Calidad de vida en octubre del 2008, en Montevideo, Uruguay. Ex becaria, PROMEP.

MARÍA DEL CARMEN MONTOYA DÍAZ

Doctora en Ciencias de Enfermería Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo Brasil-Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato, 2005-2008. Línea de Investigación Salud del Trabajador, Ex becaria, PROMEP.

GLORIA SOLANO SOLANO

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo Brasil, Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato, 2005-2008. Actualmente es profesora e investigadora en el área académica de Enfermería del ICESA en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Ex becaria, PROMEP.

MARIA SUELY NOGUEIRA

Professor Associado junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-Programa Interunidades de Doutorado EE-EERP /USP. Desenvolve estudos na linha de Pesquisa Processo de Cuidar do Adulto e Idoso com Doenças Agudas e Crônico-Degenerativas.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por el milagro de la vida y por todos los dones. Gracias por cada día y por todo aquello que me ha permitido tener y ser. Gracias Señor, por el refugio, por el amor, por las bendiciones y por la protección de cada día.

A la doctora profesora María Suely Nogueira por los años de convivencia, su enseñanza contribuyó a mi crecimiento científico e intelectual.

A las profesoras doctoras Eugenia Velludo Veiga y Miyeko Hayashida por sus sugerencias respecto a este estudio en el Examen de Calificación.

A los miembros de la Comisión Examinadora de esta tesis: Claudia Bernardi Cesarino, Evandro José Cesarino, Leila María Marchi Alves y Miyeko Hayashida por su colaboración y sus observaciones al presente estudio.

A la doctora María Elena Espino Villafuerte por su liderazgo, por hacer posible la formación de doctores en enfermería de México.

A la maestra en educación Isabel Rojas Ortiz, directora de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la UAEM por su apoyo en el proceso de mi formación profesional.

A la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil y a la Escuela de Enfermería de Celaya, Guanajuato, México por su valiosa contribución. Gracias al convenio entre estas escuelas fue posible la formación de doctores mexicanos, en el área de enfermería.

A mi Universidad Autónoma del Estado de México, por su apoyo, colaboración y confianza.

A PROMEP, por el apoyo financiero al otorgar la beca de estudio.

A los colegas del programa de posgrado mexicano por su interacción y discusiones en las aulas de clase que hicieron una página en mi vida; a quienes jamás olvidaré: Elizabeth, Carmen, Gloria, Francisco, Karla, Alejandra, Leticia. Gracias por su fuerza, cariño y apoyo de siempre.

A las instituciones que aprobaron el proyecto y permitieron la realización de esta investigación en sus dependencias, especialmente a las enfermeras del Programa de Ejercicio para Enfermedades Crónicas.

A las bibliotecarias, en especial a María Bernadete Malerbo, por su orientación y sus palabras.

Especialmente a Ida Mara y a Kettleen por su apoyo constante y simpatía de siempre.

A todos los hipertensos del grupo de ejercicio aeróbico, en especial a aquellos que participaron en este estudio, por todas las enseñanzas que me transmitieron a través de sus experiencias, muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

versidade de São
ya, Guanajuato,
venio entre estas
canos, en el área

, por su apoyo,

e estudio.

or su interacción
na página en mi
loria, Francisco,
riño y apoyo de

mitieron la reali-
pecialmente a las
ades Crónicas.

Malerbo, por su

constante y sim-

bico, en especial
as las enseñanzas
uchas gracias.

Al licenciado Tonatiuh Sosa García, por su disponibilidad y atención, en la revisión gramatical y sus importantes sugerencias para mejorar este trabajo.

A Betsy Corina Sosa, por su colaboración y apoyo en esta investigación.

A las alumnas Doreli, Gloria, Lizbeth, Leticia, Rosalba y Mariana Oliveira, por su apoyo y contribución a este trabajo.

