

**SIGNIFICADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS  
COMPLICACIONES DE SALUD DESDE LAS VIVENCIAS  
DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

# AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo, **MILAGRO PUERTA** en mi carácter de Tutora del Trabajo de Especialización \_\_\_\_\_ Maestría \_\_\_ Tesis \_\_\_\_\_ Doctoral **X** titulado: **“SIGNIFICADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE SALUD DESDE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ”**

Presentado por el (la) ciudadano (o) **SEBASTIÁN SUÁREZ SOLER**

Titular de la Cédula de Identidad Nro. **10.161.128**

Para optar al título de **DOCTOR EN ENFERMERÍA**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Valencia, a los 10 días del mes de Mayo del año Dos mil Once.

---

**Dra. Milagro Puerta**  
**C.I. 3.080.554**



Universidad de Carabobo



Doctorado en Enfermería

## ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Los Miembros de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería, hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por el ciudadano: **SEBASTIÁN SUÁREZ SOLER**, Cédula de Identidad N° **10.161.128**, para optar al Título de Doctora en Enfermería, cuyo título es: “**SIGNIFICADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE SALUD DESDE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**”; y tomada en cuenta la opinión de la Comisión Asesora de Evaluación integrada por los profesores: **Dra. Milagro Puerta, C.I. N° 3.080.554 (Tutora); Dr. Armando Sánchez J., C.I. N° 5.646.184, Dr. Mario Palacios, C.I. N° 6.129.612**, de acuerdo a lo previsto en el Artículo N° 142 del Reglamento de los Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, decidió por unanimidad aprobar dicho proyecto.

Este trabajo ha sido tutorado por la **Dra. Milagro Puerta**.

En la ciudad de Valencia, a los 15 días del mes de Abril de Dos Mil Nueve.

Comisión Coordinadora,

\_\_\_\_\_  
*Dra. Carmen Amarilis Guerra*  
*Coordinadora*

\_\_\_\_\_  
*Dra. Cira E. Bracho de López*  
*Miembro de la Comisión*  
*Coordinadora*

\_\_\_\_\_  
*Dra. Nelly Arenas*  
*Miembro de la Comisión*  
*Coordinadora*

---

*Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Pabellón 6. Campus Universitario de Bárbula. Naguanagua*



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERIA  
AREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**



***SIGNIFICADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES  
DE SALUD DESDE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

**Autor: Sebastián Suárez Soler**

**Tutora: Dra. Milagro Puertas**

**Valencia, 29 de Noviembre 2011**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**DOCTORADO EN ENFERMERIA**  
**AREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**



***SIGNIFICADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES  
DE SALUD DESDE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de  
la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de  
**DOCTOR EN ENFERMERIA**  
**AREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**

**Autora: Sebastian Suárez Soler**

**Tutora: Dra. Milagro Puertas**

**Valencia, 29 de Noviembre 2011**

## AGRADECIMIENTO

La culminación de esta Tesis Doctoral ha sido posible al apoyo de muchas personas, entre ellas:

A la Dra. Milagro, por sus sabios consejos y acompañamiento durante todo el desarrollo de este trabajo, para ella mis mas sinceras palabras de agradecimiento y gratitud por ser una persona muy especial.

A las personas que participaron voluntariamente en la investigación, expresando a través de las entrevistas sus vivencias con la enfermedad, muchísimas gracias, sin ellos no hubiese sido posible este trabajo.

Mi eterna gratitud a mi amiga Elsa, por ser mi guía y apoyo en estos difíciles años.

Mi reconocimiento y gratitud a la señora Isabel por su valioso aporte en la realización de este trabajo.

A la Dra. Edelmira Castillo, por haberme abierto los caminos en el mundo de la Fenomenología.

Un agradecimiento muy especial a Alexandra por su incondicional apoyo durante todos estos avatares de este Doctorado.

A todos los Profesores de la Universidad de Carabobo que con sus conocimientos impartidos durante los seminarios, nos dieron las herramientas necesarias para poder culminar este proyecto.

Muchas Gracias

## **DEDICATORIA**

A mi Dios Todo Poderoso que con Él todo, sin Él nada.

A mí querida esposa Letty por su incondicional apoyo en todos estos largos años, que con su amor me han fortalecido para poder culminar esta meta.

A mis hijos, gracias por su comprensión y apoyo.

A mis padres, gracias por el don de la vida.

A mis hermanos, por sus palabras de aliento.

A mi Coronel Sánchez por su apoyo y estímulo para culminar mi proyecto.

A todo el personal del Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional Nro. 4 de la Guardia Nacional Bolivariana.

A todos ustedes dedico el logro de esta meta.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Agradecimiento.....	vi
Dedicatoria.....	vii
Resumen.....	xiii
Pre-reflexivo.....	xiv
Introducción.....	1
<b>CAPITULO I. EL PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
1.1. Necesidad a Investigar.....	5
1.2. Propósitos de Investigación.....	29
1.3. Pertinencia Social del Estudio.....	30
<b>II CAPITULO. REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>34</b>
2.1. Caminos Transitados por Otros Investigadores.....	34
2.2. Constructos Relacionados con el Valor Salud.....	49
2.2.1. Estilos de Vida Desde la Cultura del Ser.....	52
2.2.2. El Valor Salud desde las Vivencias de las Personas con Hipertensión Arterial.....	57
2.2.3. Hipertensión y otras complicaciones.....	58
2.2.4. Factores Protectores que Inciden en el Control de la Hipertensión Arterial.....	70
2.2.5. Prevención y Reducción de las Complicaciones: Nuevos Significados.....	77
2.2.6. Hipertensión Arterial: Sentido de Complicaciones.....	81
2.2.7. Perspectiva Axiológica: Punto de Vista en el Valor Salud.....	82
2.2.8. Perspectiva Axiológica: Punto de Vista en el Valor Salud.....	96
2.2.9. Rol del Profesional de la Enfermería.....	99
2.2.10. Teoría del Desarrollo Moral.....	101
2.3. Modelos Teóricos de Enfermería.....	135
2.4. Teoría de la Incertidumbre de Mishel.....	141
2.5. La fenomenología y método fenomenológico según Husserl.....	

<b>III CAPITULO. ÁMBITO DE INDAGACIÓN.....</b>	<b>150</b>
3.1 Diseño de la Investigación.....	150
3.2 Informantes Claves .....	173
3.3 Procedimiento .....	174
3.4 Técnica de Recolección de la Información .....	178
3.5 Aspectos Éticos de la Investigación .....	182
3.6 Análisis de los Datos .....	184
3.7 Calidad del estudio y rigor científico .....	190
3.8 Presentación de los datos .....	192
<b>IV CAPITULO. HALLAZGOS.....</b>	<b>193</b>
4.1 Descripción de datos generales de los pacientes con hipertensión arterial entrevistados.....	194
4.2 Descripción e interpretación de los datos obtenidos a través de las entrevistas en profundidad, consideradas a partir de las voces de los pacientes con hipertensión arterial.....	197
4.2.1. Formular el significado para cada frase o afirmación/expresión significativa seleccionada.....	198
4.2.2. Organización de los significados para cada entrevista en temas y su validación confrontando las descripciones originales de los informantes.....	226
4.2.3. Desarrollo descriptivo exhaustivo de los temas.....	256
4.2.4. Discusión de los Resultados con los referentes Bibliográficos....	272
<b>V CAPITULO. REINTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO: APORTES A LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA...</b>	<b>291</b>
<b>VI CAPITULO. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>296</b>
Referencias Bibliográficas.....	299
<b>ANEXOS:</b>	<b>309</b>
Transcripción de las entrevista	
Consentimiento informado	
Carta de solicitud de permiso a la institución	

**INDICE DE CUADROS**

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Valor de hipertensión arterial.....	66
Cuadro 2. Resumen del sustento epistemológico del Método	172
Cuadro 3. Informantes Claves.....	174

**INDICE DE FIGURAS**

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Modelo de presunción de la salud (MPS) de Pender.	108
Figura 2. Sistemas enfermeros básicos de Orem.....	117
Figura 3. Modelo de sol naciente de Leiniger.....	133
Figura 4. Matriz Epistémica.....	171
Figura 5. Pasos para el análisis de los datos.....	189

## INDICE DE DIAGRAMAS

	<b>Pág.</b>
Diagrama 1. Temas y subtemas emergentes del informante clave 1.....	230
Diagrama 2. Temas y subtemas emergentes del informante clave 2.....	233
Diagrama 3. Temas y subtemas emergentes del informante clave 3.....	237
Diagrama 4. Temas y subtemas emergentes del informante clave 4.....	241
Diagrama 5. Temas y subtemas emergentes del informante clave 5.....	244
Diagrama 6. Temas y subtemas emergentes del informante clave 6.....	247
Diagrama 7. Temas y subtemas emergentes del informante clave 7.....	251
Diagrama 8. Temas y subtemas emergentes del informante clave 8.....	255



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**DOCTORADO EN ENFERMERIA**  
**AREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**



**RESUMEN**

**SIGNIFICADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE  
 SALUD DESDE LAS VIVENCIAS DE LAS PERSONAS CON  
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Autor: Sebastián Suárez Soler

Tutora: Dra. Puertas Milagro

El presente estudio pertenece a la Línea de Investigación doctoral: Prevención de enfermedades en diferentes grupos poblacionales y culturales, adscrito a la Unidad de Investigación de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Tuvo como Objetivo General describir el Significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial. Los referentes teóricos que respaldaron el estudio fueron Pender N. (1982), Mishel (1998) y Husserl (1998). Para la consecución de este propósito se realizó un estudio de carácter cualitativo, fenomenológico, bajo el paradigma constructivista, según el método planteado por Husserl, el método fenomenológico profundiza en el problema de la representación del mundo, por ello se trabaja en un lenguaje descriptivo que tiene el propósito de hacer evidente la experiencia humana a través de la reflexión y así descubrir las formas genuinas y verdaderas de los propios pensamientos, por lo tanto se realizó una entrevista en profundidad a 8 personas hipertensas que asistieron a la Consulta de Cardiología del Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional Nro. 4, con sede en Barquisimeto, quienes previo consentimiento informado accedieron voluntariamente a participar en el estudio; las entrevistas fueron transcritas fieles a lo expresado en las grabaciones. Para el análisis de la información se siguieron los pasos descritos por Colaizzi P. (1978), emergiendo los siguientes temas: Proceso de transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial, Adhesión a la enfermedad, La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades y la importancia del grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad.

**Palabras claves:** Autocuidado, Estilo de vida, Prevención, Hipertensión Arterial.

**PRE- REFLEXIVO**

---

## **1.1 SEMILLA QUE GERMINÓ LA INQUIETUD DEL INVESTIGADOR**

Para conocer el origen de la inquietud de investigar sobre el: “*Significado de la Prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial*”, me voy a remontar a mi experiencia asistencial durante 27 años como profesional de enfermería, donde tuve la oportunidad de trabajar en los Servicios de Emergencia de adultos de varios centros asistenciales, allí observé con mucha preocupación el ingreso de personas de diferentes edades con complicaciones relacionadas con la Hipertensión Arterial, de las cuales un alto número fallecían y las otras quedaban con secuelas que les restaba llevar una vida de calidad.

En el año 2000 cuando realice la Maestría en el Cuidado Integral del Adulto Críticamente Enfermo, comenzó a germinar mi deseo de investigar sobre los factores de riesgo sobre la prevención de las complicaciones de la Hipertensión Arterial, aplicando un programa educativo a los Guardias Nacionales del Destacamento Nro. 47 de la Guardia Nacional Bolivariana, motivado a que me desempeñe como Oficial de Sanidad dentro de esta Institución y analizando la alta tasa de morbilidad, reposos e incapacidad por esta enfermedad y sus complicaciones, lo cual ha influido en el desenvolvimiento de estos profesionales y por ende en el rendimiento operacional, resaltando a demás el gran número de bajas médicas, por esta enfermedad, por lo cual se hace necesario desarrollar conductas favorables como el autocuidado, cambiar los

hábitos alimenticios, tabáquicos, alcohólicos y sedentarismo, entre otras para lograr la promoción de la salud y la prevención de las complicaciones.

Además durante mi actividad en las Unidades de Cuidados Intensivos también observe la alta tasa de ingresos por la Hipertensión Arterial y sus complicaciones sin discriminación de edad y por consiguiente el gran número de muertes y secuelas que deja esta enfermedad, sin contar los altos costos de la hospitalización que le generan al Estado.

Al comenzar el Doctorado en Enfermería y surgir la exigencia de presentar el proyecto de la Tesis Doctoral revive de nuevo la inquietud de develar y conocer: *¿Que Significa la Prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial?*, valiéndome de la investigación cualitativa a través de la fenomenología para describir lo que piensan, hacen y sienten las personas hipertensas para la prevención de las complicaciones de salud, en busca de sembrar la inquietud y aportar con un granito de arena la inminente necesidad de modificar los estilos de vida en vías del equilibrio que redunde en bienestar para todas las personas con Hipertensión Arterial.

## INTRODUCCIÓN

La ciencia, basada en la complejidad y diversidad del ser humano, ha desarrollado estudios enfocados en la interpretación de los fenómenos desde la perspectiva del actor, lo que le ha permitido avances considerables.

El ser humano es un ser biopsicosocial, porque integra los factores sociales, psíquicos y biológicos, es decir que no se desarrolla de manera aislada, por el contrario pertenece a un sistema donde varios subsistemas confluyen e incluso se necesitan para permanecer.

El individuo, es un sujeto capaz de conciencia y acción para crear y recrear, entre otras cosas, una cultura de salud. La salud se debe entender como un valor del ser humano, y exige construir una cultura en torno a ella.

Si bien hoy día se maneja el concepto de salud como sinónimo de bienestar "físico, mental, espiritual, emocional y social", se incluye la perspectiva holística y ecológica que percibe al mundo como un sistema donde existe una relación y dependencia de las estructuras fundamentales, con sus procesos cambiantes, así como cambiantes son las respuestas del organismo a los retos ambientales, acorde al contexto. Por eso se dice que estar sano implica un equilibrio físico y mental con uno mismo y con el mundo que nos rodea, concientes de que el ser humano, como todo ser vivo, conforma un ser compuesto por distintos subsistemas los cuales a su vez se encuentran coordinados, y la falta de integración de uno o varios subsistemas libera procesos patológicos de diversa índole.

Al hablar de cultura de salud hemos de involucrar el vocablo Prevención, y para hablar de prevención es necesario pensar en enseñanza, es decir, concebir un proceso de formación que encierre desde el conocimiento de aquello que vamos a

prevenir, con las causas, las consecuencias y las implicaciones que este conlleva. Es advertir, estar preparado para hacer frente a la contingencia que puede o no presentarse.

Si la prevención de las complicaciones de salud, es el tema a investigar, se debe convenir en lo expuesto al inicio al plantear que la salud implica el bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social que permite la adaptación del hombre a su ambiente y que la pérdida de cualquiera de estos estados genera la enfermedad.

*El Significado de la Prevención de las Complicaciones de Salud desde las vivencias de personas con Hipertensión Arterial,* involucra abordar las opiniones emitidas por quienes la padecen, en función de los contextos sociales donde se desenvuelven, conjugándose con los valores específicos arraigados que influyen y determinan el comportamiento de cada uno de los entrevistados, conociendo simultáneamente, cómo enfrentan ellos, ese estar pendientes de los cuidados a seguir, de los tratamientos y ese actuar con cautela que comprende la prevención.

La Hipertensión Arterial Sistémica, es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo, denominada *asesina silenciosa* por su característica de conocer de su existencia cuando ya es demasiado tarde. Llama la atención que a pesar de que es la enfermedad crónica más frecuente y que se manejan porcentajes muy altos de personas afectadas por ella, muchos pacientes desconocen las complicaciones que puede generarse por el no cumplimiento del tratamiento, siendo importante la orientación que cree conciencia y transforme acciones que conlleven a cuidados y a cumplir con el tratamiento y control de su enfermedad, lo que a la vez repercutirá en la calidad de vida.

Con la base a lo expuesto, se busca analizar, desde una perspectiva fenomenológica, la cultura de la persona con la cual puede valorarse y exonerarse a

todos aquellos individuos con factores de riesgo para su seguimiento y control, correspondiendo al personal de enfermería ejecutar acciones educativas, de promoción de la salud, prevención de complicaciones y de rehabilitación, frente a estos factores de riesgo, y mantener un control estricto de los pacientes con Hipertensión Arterial.

Considerando todo lo expresado, la importancia de la Hipertensión Arterial no sólo como enfermedad, sino más aún, como factor de riesgo ante las altas tasas de morbilidad y mortalidad que se presentan en el país, específicamente en Barquisimeto, Estado Lara, en el Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana, donde se desarrolló la investigación; se presenta este estudio con el fin de interpretar el significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de personas con Hipertensión Arterial, sobre todo en los pacientes que asisten a consultas de cardiología en la institución antes mencionada, lo cual permitirá actuar sobre sus factores de riesgo a través de una mejor labor de promoción y prevención, encaminada a disminuir su incidencia y los efectos adversos que ésta provoca una vez que se presenta.

Para ello, el estudio se estructuró en cinco capítulos definidos de la siguiente manera: El **Capítulo I**, en el cual se recogen las consideraciones de algunos especialistas con respecto a la Salud, la enfermedad, las enfermedades crónicas y en especial la Hipertensión arterial como una de las enfermedades crónicas más importantes, a nivel mundial, nacional y regional, basándose en los registros actuales de salud pública.

En el **Capítulo II**, se abordan las teorías que sustentan la investigación fundamentadas en los teorizantes de la enfermería; el rol de enfermero como

orientador en la prevención de las complicaciones que trae como consecuencia la enfermedad y los valores manejados por los involucrados en la investigación.

De igual forma, en el **Capítulo III** se plantea la Postura Epistemológica que se aborda en la Investigación, en la cual se establece el paradigma cualitativo de la investigación. **Capítulo IV** Los Hallazgos y el **Capítulo V** las Consideraciones Finales. Se conceptualiza de esta forma la investigación fenomenológica, como una nueva perspectiva para ahondar en las percepciones internas del hombre, profundizando de esta manera en sus sentimientos y emociones ante las vivencias de su padecimiento de salud y que logran desarrollarlo en permanente interacción con la realidad social.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.2 Necesidad a Investigar**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> en su Constitución de 1946, se entiende por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

El término bienestar que define a este concepto de salud, tiene una gran carga subjetiva, donde interviene el sistema de valores de cada persona con su proyecto de vida, además de la participación emprendedora para modificar ambientes no saludables y establecer relaciones armoniosas interpersonales, sin dejar de tomar en cuenta la cobertura de todas las necesidades fundamentales bien sean afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Es de hacer notar que se considera la definición de salud como utópica, pues se estima que sólo entre 10 y 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana. Milton Terris, citado por la Organización Panamericana de Salud,<sup>2</sup> es uno de los que ha cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra “completo” de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos

grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnaría un enunciado del tipo: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

Desde este punto de vista, se puede agregar que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Campaña A.<sup>3</sup>, formula que, sano es aquel organismo que puede disponer de todas sus posibilidades de auto despliegue y enfermo, es aquel que no tiene a su completa disposición dichas posibilidades, entendiéndose éstas como realidades naturales, psicológicas, espirituales y sociales. La toma de conciencia del Yo interior conlleva una cualidad regenerativa y juega un papel central en la salud.

Pacheco E.<sup>4</sup>, manifiesta que el hombre en su desempeño personal, vive conociendo su mundo; y, conociéndose él mismo, descubre el mundo y se descubre interpretándolo, transforma el mundo y se transforma; en ese proceso se va creando la cultura y el hombre se va haciendo a sí mismo en un quehacer colectivo, mediado por nuestra experiencia comunicativa en la que está presente nuestro cuerpo, nuestra subjetividad así como el mundo psicosocial que al compartirlos nos igualan como

seres humanos. Por lo tanto, se tiene entonces, la misma dignidad e iguales derechos y se exige una identidad valorativa de respeto a la conciencia, a la libertad humanizadora y a la solidaridad entre todos los seres humanos.

Según Caricote E.<sup>5</sup>, el concepto de salud es muy complejo, no puede ser definido unidimensionalmente. Hoy (inicios del siglo XXI) podemos decir, que la salud es el proceso vital humano donde los factores psicológicos, históricos, culturales, biológicos, sociales y espirituales conforman una unidad integradora y dinámica en constante evolución. Entonces, hay que tener en cuenta que el concepto de salud es subjetivo y valorativo porque se refiere a la vida emocional del individuo, a su libertad y amor. De acuerdo a Álvaro, citado por Caricote <sup>5</sup> la noción de salud dependerá del período histórico y paradigma científico dominante de cada cultura y de esta forma se modelarán las distintas valuaciones de los síntomas, procesos afectivos, cognitivos y conductuales que se utilizan para determinar a una persona o grupo social como sano o enfermo.

Castillo A. <sup>6</sup>, refiere que la salud es una cualidad fundamental del ser humano que se expresa en cuatro dimensiones: biológica, social, psíquica y racional, y que éstas tienen que ubicarse en un contexto en el cual converjan las ciencias sociales, del comportamiento y de la vida. Razón que alimenta la idea de la multireferencialidad del objeto de estudio relativo a los significados que los actores sociales le atribuyen a

la prevención de las complicaciones de salud desde sus propias vivencias, en particular acerca de la hipertensión arterial.

Vicens J. <sup>7</sup>, refiere que estas cargas valorativas (sociales, filosóficas, morales, antropológicas y políticas), explican las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico y que han permitido la evolución de los conceptos de salud y enfermedad en cada época.

La salud, de acuerdo a Vilardell <sup>8</sup>, es la historia vital esencialmente social, por cuanto se construye en el compartir con los otros, en una multiplicidad de relaciones, la satisfacción de las necesidades, el trabajo, la comprensión del mundo, de la sociedad y de sí mismo.

En cuanto a la enfermedad para Rene Leriche, citado por Peña A. y Paco O. <sup>9</sup> es una “novedad fisiológica”. “La enfermedad ya no se nos aparece como un parásito que vive sobre el hombre a quien agota. La consideramos como la consecuencia de una desviación, inicialmente mínima, del orden fisiológico. En suma, es un orden fisiológico nuevo y la terapéutica tiene que plantear como objetivo la tarea de adaptar al hombre enfermo a ese orden”.

Encontramos que para Hahnemann, citado por Servais P. <sup>10</sup>, la enfermedad es consecuencia de la ruptura de un equilibrio y también es inmaterial, no susceptible de

medirse más que a través de la observación de todos los síntomas, sobre todo y esencialmente de aquéllos que son personales del enfermo. Estos síntomas representan esfuerzos más o menos exitosos del organismo para recuperar su estado de equilibrio anterior o, si no logra recuperarlo por completo, para alcanzar un nuevo equilibrio. Constituyen señales de auxilio muy personales que tienen una razón de ser y que es necesario percibir en su conjunto para lograr la curación.

Asimismo, en función del tema que nos congrega, definimos la enfermedad crónica como aquella de alta prevalencia, larga duración y no curable, entre las cuales encontramos: insuficiencia cardíaca, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), asma, artritis reumatoide, diabetes mellitus, etc., siendo las principales en causas de mortalidad en el mundo (informe de la OMS) <sup>11</sup>.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica, se dice que su definición es convencional y operativa, ya que se estableció por acuerdo de expertos, en función de determinar a que pacientes tratar, es una condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 140/90mmHg.

Es importante mencionar, que la Hipertensión Arterial es una enfermedad relacionada con múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico; la prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos,

disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en su relación con los hábitos tóxicos.

Para abordar la temática relativa al significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con hipertensión arterial, es importante una revisión de los aspectos teórico-filosóficos que han incidido en la actitud del hombre ante la calidad de vida y los factores tanto sociales como psíquicos que atentan contra la fortaleza de su energía.

En este orden de ideas, Pickering <sup>12</sup>, afirma que el daño ocasionado por la hipertensión arterial es de tres tipos generales: los aneurismas, los ateromas y la presión sanguínea alta. El primero, el estallido de un vaso sanguíneo. Aunque ello es dramático, representan el hecho menos común de los tres problemas que se indicarán. El mismo ocurre frecuentemente en el cerebro, donde las arterias más pequeñas pueden desarrollar un punto débil denominado aneurisma.

De hecho, ésta es una zona donde la pared es más delgada de lo normal y se desarrolla una protuberancia. Cuando ocurre un pico súbito de presión, el aneurisma puede estallar, la sangre inunda los tejidos del cerebro, y se produce la hemorragia cerebral. También explica el precitado autor que: Los aneurismas pueden desarrollarse en el mayor conductor sanguíneo del organismo, la aorta. Aquí, éstos se van agrandando gradualmente durante un período de varios años, y debido a que son

tan grandes (...) a menudo pueden ser detectados y tratados quirúrgicamente antes de que empiecen a perder.

Del mismo modo, Pickering <sup>12</sup>, indica que la segunda consecuencia de la hipertensión arterial es que acelera la exposición de placas de colesterol (ateromas) en las arterias. Esto también demora muchos años en desarrollarse, pero es muy difícil de detectar hasta que ocasiona un bloqueo importante. Afecta principalmente a las arterias mayores, pero su disposición no es uniforme. Se acumula más donde una arterias se divide en dos ramas menores.

Como se conoce, el flujo de sangre en las arterias es casi siempre uniforme, pero donde éstas se dividen se hace turbulenta, y ello supone que este proceso produce daños en el delicado revestimiento de las arterias. Cada vez que ocurre, existe la probabilidad de que se acumulen depósitos de colesterol. Los sitios más importantes que pueden ser afectados son el corazón, en donde los ateromas ocasionan anginas y ataques cardíacos; el cerebro, en donde generan accidentes cerebrales; los riñones, donde causan fallas renales; y las piernas, donde ocasionan una condición conocida como claudicación intermitente, lo cual significa dolor al caminar.

Asimismo, el tercer elemento al cual hace referencia Pickering <sup>12</sup>, es la presión sanguínea alta que representa un esfuerzo para el corazón: como éste tiene que

trabajar con más intensidad que lo normal, sus músculos se agrandan. “El engrosamiento del músculo cardíaco es malo porque éste queda sobredimensionado con relación al volumen de sangre que debe suministrar, haciéndolo más susceptible a los efectos del ateroma”

A esta situación planteada se une lo mencionado por Torres <sup>13</sup>, en relación a los riesgos cardiovasculares que están asociados a un aumento de la morbilidad y mortalidad de origen cardiovascular. En este sentido menciona que “se conocen como complicaciones cardiovasculares a aquellas situaciones responsables de un aumento de la mortalidad, de secuela o de una prolongación de la hospitalización”

Para el precitado autor, este escenario se corresponde incluso con la muerte de origen cardíaco, el infarto agudo del miocardio (IAM), el angor inestable, la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), el shock cardiogénico y las arritmias severas. Se puede hablar de complicaciones menores ante crisis hipertensivas sin consecuencias, isquemia miocárdica, inestabilidad hemodinámica, entre otras.

De acuerdo a datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud <sup>1</sup>, entre 1994 y 1999, las enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas la HTA se consideran como un problema de salud prioritario en América, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho que más de un 30% de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA o

son detectados por el equipo de salud en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blancos, lo que se explica en parte por ausencia de sintomatología en sus fases iniciales.

En este escenario, según Hricik, Smith y Wright <sup>14</sup>, se genera que la tensión arterial que aumenta con la edad. “En respuesta a la distensibilidad arterial disminuida, la presión del pulso se amplía, al aumentar la tensión arterial sistólica y disminuir la diastólica con el envejecimiento de las personas” . La condición negativa de esta situación aumenta alrededor del uno por ciento (1%) de los hipertensos en ausencia de tratamiento que progresa hasta la hipertensión maligna.

En el dominio de la investigación científica, existen diferentes estudios, particularmente en América Latina, sobre la hipertensión arterial. Desde este punto de vista, los datos más recientes sobre morbilidad percibida en Chile, corresponden a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida mencionada en García C. <sup>15</sup>, que hace referencia a esta enfermedad, como aquella de mayor frecuencia, presente como un claro aumento en la mayor edad, donde además se encontró que junto al cáncer y las artropatías son claramente superiores en mujeres; el ataque al corazón y las embolias son levemente superiores en mujeres; y la diabetes es similar en ambos sexos.

Asimismo Orellana P. <sup>16</sup>, presentó para la discusión académica el estudio epidemiológico sobre la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial que se

ha realizado Guatemala, donde encontró la prevalencia general de la primera de las nombradas con el ocho coma cuatro por ciento (8,4%) y el porcentaje correspondiente para la hipertensión arterial fue del orden del trece por ciento (13%), encontradas como significativas entre la población mayor de 19 años del municipio de Villanueva, donde existen alrededor de siete mil (7000) diabéticos y trece mil (13.000) hipertensos, de los cuales la mitad desconoce la enfermedad.

La mencionada científica, además destaca aquí, ambas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en personas mayores de 39 años, particularmente en mujeres. “Estos resultados se corresponden con la mayor prevalencia de factores de riesgo encontradas en esos grupos de la población, tales como sobrepeso, circunferencia de cintura elevada, sedentarismo e hipercolesterolemia”.

De forma similar, Freire y Tillet <sup>17</sup>, en un estudio realizado en nuestro país, específicamente con los indígenas de la comunidad Kariña de Cachama, ubicada en la Mesa de Guanipa, Estado Anzoátequi y en Moitaco, Estado Bolívar, mostraron que, entre las enfermedades más comunes, y principales causas de morbilidad durante el primer semestre del año 2005, se identificaron a las infecciones respiratorias agudas, Diarreas, Infecciones Urinarias, Dermatitis Atópicas, Piodermitis, Micosis Superficiales, Diabetes Mellitus, Vaginitis, Neuropatías, hipertensión arterial crónica, entre otras.

Según reseñan Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P.<sup>18</sup> en Venezuela la hipertensión arterial representa una enfermedad de alto riesgo cardiovascular y dentro de las veinticinco primeras causas de muerte, representada por un 26,36% y un porcentaje de 21,38%. Considerado desde 1994 como enfermedades cardiovasculares representa un 42.5% una alta mortalidad en hipertensión arterial ocupando el primer lugar como causa de muerte (cardiopatía Isquémica y enfermedad hipertensiva), el MSDS reporta una prevalencia de 20 a 30% de adultos y una alta prevalencia de riesgo en la población por lo que se traduce que la hipertensión arterial, junto con la hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia es un problema de Salud Pública, que conllevan a enfermedades cardiovasculares con una alta tasa diagnosticada hasta el 2007.

Del mismo modo, el Ministerio del Poder Popular para la Salud en el Anuario de mortalidad del año 2007, citado por Freire<sup>17</sup>, refiere que las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar dentro de las veinticinco principales causas de muerte con un 20,18%, y las enfermedades cerebro vasculares el quinto lugar con 7,64%.

Particularmente, en el Estado Lara, según el archivo de la Dirección de Epidemiología e Investigación del Estado Lara<sup>19</sup>, la hipertensión arterial se ubicó en el décimo lugar dentro de las 25 principales causa de morbilidad con 26.798 casos y según 25 Principales Causas de Mortalidad General del Estado Lara para ese mismo

año, las enfermedades del Aparato Circulatorio ocuparon el primer lugar con 1.569 muertes, igualmente las Enfermedades Cerebrovasculares ocuparon el cuarto lugar con 607 muertes.

Algunos autores como Jardim A.R., Moura L.F., Silqueira S.M.<sup>20</sup> relatan la dependencia de la enfermedad en relación a factores emocionales y físicos y defienden la premisa de que el individuo es una unidad mente-cuerpo y sus emociones son fenómenos físicos y las alteraciones fisiológicas poseen el componente emocional. Esto demuestra que la alteración emocional es hoy un aspecto que debe ser valorizado en la práctica clínica por su influencia directa en la salud y, consecuentemente, en la calidad de vida.

El desarrollo del ser humano está determinado por su conciencia social, lo que a su vez depende de la cultura y creencias adquiridas en el entorno social inmediato, en el cual convive con sus semejantes bajo el dominio de un sistema de relaciones, que fusiona su propia relación con la naturaleza como parte de su actividad consciente. Por tal motivo, existe una cierta y relativa independencia entre la conciencia social y el ser social, manifestada en el papel activo que tiene la primera para influir en el desarrollo y cambio de las condiciones materiales y por consiguiente, del ser social.

Es necesario tomar en cuenta que, aún cuando las personas pertenecen a una cultura, grupo u organización con las mismas normas, roles o metas; lo que determina la acción de cada actor son las interpretaciones y las definiciones de las situaciones en sí y el cómo afecta o modifica su plan de acción.

De allí se desprende que, de las distintas experiencias vividas se obtienen diferentes aprendizajes de los significados sociales, lo que paralelamente genera desiguales opiniones, así como son diversas las actuaciones ante un mismo estímulo.

En este orden de ideas se expresan Evans R., Morris B. y Marmor T.<sup>21</sup>, respecto a los múltiples y complejos determinantes de la salud y la enfermedad centrados en las relaciones del hombre con su medio social y cultural por una parte, y luego, ante su respuesta individual frente a ambos contextos. Esta convicción de los mencionados autores, a lo cual denominan respuesta del huésped, enfatiza la importancia adjudicada a la respuesta del hombre, que refleja, entre otras cosas, una conciencia creciente de que los individuos afrontan de modo distinto las muy diversas formas las tensiones externas.

En efecto, agregan los referidos autores que, los elementos que se asocian a la salud del individuo, están poderosamente moldeados por el medio social y cultural, específicamente ante las variables socioeconómicas, los mecanismos de respuesta del

huésped, el estilo de hacer frente a tales situaciones, la biología individual, los recursos sociales disponibles para cada persona, entre otras.

Otro término que está enlazado con la respuesta lo definen Lazarus R. S. y Folkman S.<sup>22</sup> como el afrontamiento, denominado como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” .

Los estilos de afrontamiento establecen un fenómeno ampliamente estudiado, encontrándose que intervienen como variable mediadora en la forma de relacionarse el paciente con situaciones altamente estresantes como son los padecimientos crónicos. Diversos estudios se esfuerzan en identificar estrategias que faciliten recursos al paciente en tales condiciones y puedan llegar a favorecer su calidad de vida, ya que ésta última está relacionada con la salud y es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud misma, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez-Ude F.<sup>23</sup>; Badia X. & Lizán, L.<sup>24</sup>).

Por otra parte, restablecer y mantener el bienestar psicológico de los pacientes con enfermedades crónicas puede incidir en la adaptación de comportamientos más

funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica.

Los valores que van adquiriendo las personas durante su desarrollo van formando parte de su conciencia individual, lo cual se refleja en las acciones del hombre en toda su existencia, así como, en las condiciones peculiares que le corresponde vivir. Situación que se expresa en la manifestación de la conducta, en la práctica social y en su relación individuo-sociedad.

Esta relación está íntimamente vinculada a la interacción entre el conjunto de ideas, principios, juicios, normas, creencias, costumbres, tradiciones y sentimientos, que tiene el hombre a partir de su reflejo personal en las relaciones y condiciones sociales que configuran la conciencia social. Esta confrontación tiene un carácter orientador-regulador de la conducta y posibilita la actividad valorativa del hombre.

La interacción entre este conjunto de valores del hombre lo conllevan a buscar el equilibrio entre el estilo de vida y las actividades que se desarrollan a diario, lo que repercute en los cuidados necesarios que deben seguir todas aquellas personas que padecen Hipertensión Arterial, dado los altos índices de complicación.

La Hipertensión arterial se complica en el 90% de los pacientes que no cumplen adecuadamente con el tratamiento. Su importancia en este campo es

equiparable o incluso superior a los factores de riesgo clásicos. En la hipertensión Arterial no se han descrito todavía, sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos donde se destacan la herencia y otros factores relacionados con el estilo de vida del paciente (su dieta, hábito de realizar ejercicio, peso corporal). Conviene separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el hábito de fumar, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

En la República Bolivariana de Venezuela, Canino E.<sup>25</sup>, presentó un aporte significativo al estudio multidimensional de la hipertensión arterial, como premisa fundamental para la comprensión de esta enfermedad y el diseño de planes preventivos en la comunidad. Señala que la prevención de la hipertensión arterial en el contexto de la medicina conductual tienen, entre otras cosas, la implicación fundamental de promover hábitos saludables que afectan favorablemente las condiciones de vida de la población. El hecho de cambiar de estilo de vida, está asociado a un proceso complejo como resultado de factores personales, ambientales y sociales que emergen, no sólo del presente, sino también de la historia interpersonal de los pacientes.

Entre sus conclusiones, la autora destaca que, la reducción de la ingesta de sal es recomendable sobre todo en individuos con antecedentes de hipertensión o hipertensos lábiles; también en individuos de ciertos grupos étnicos como los negros, y en pacientes hipertensos sensibles al sodio. Afirma que, “la alternativa de establecer cambios en la dieta, en cuanto a ingesta de sal se refiere, es una acción preventiva para el desarrollo de la hipertensión arterial y también una opción terapéutica en conjunto con otras, en el tratamiento de hipertensos de comienzo”.

En este sentido, la opinión de Werner W. K. y Hoeger S.<sup>26</sup>, en términos de medicina preventiva, los programas de acondicionamiento físico constituyen un enfoque de interés en la mejora de los componentes relacionados con la salud, además, al bienestar personal. “El mejoramiento de la condición física relacionada con las habilidades, le brinda al individuo un gozo y éxito mayores en el deporte. De igual manera, la realización de actividades basadas en las habilidades contribuiría desarrollar una condición física saludable.”

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud<sup>27</sup>, planteó entre sus objetivos: ilustrar el impacto de la promoción de la salud y la calidad de vida, especialmente para las personas que viven en circunstancias adversas; lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales; y estimular la formación de alianzas en Pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad.

Con ello se reafirmó, la contribución de los valores para la cultura en salud con enfoque hacia la sostenibilidad de acciones que incorporen la promoción de fundamentos éticos hacia la promoción de cambios personales y sociales como ejes fundamentales en la formación de valores positivos en las personas, en la perspectiva de fijar las pautas de sus estilos de vida.

El modo de vivir y actuar de las personas desempeña un papel fundamental el cual se observa en el reflejo ante las condiciones de vida, a partir de las relaciones entre sí, sus actitudes, conductas, principios, normas, sentimientos valorativos y representaciones sobre el bien, el mal, el deber, entre otros; que se asumen, en su conjunto, en la realidad compleja.

Retomando el argumento, la salud del ser humano es un reflejo de su calidad de vida la cual se manifiesta en su estado físico o psíquico, biológico y social, y en consecuencia se ve reflejada en el conjunto de actitudes y capacidades que son objeto de la educación y prevención de los riesgos.

Si bien es cierto, que el Estado está obligado a plantear políticas de salud que permitan a la población en riesgo, conocer los factores que inciden en su debido funcionamiento para evitar las complicaciones que se generan en su deterioro sanitario, no es menos cierto que existe de trasfondo la vida existencial del hombre,

allí donde se encuentre a sí mismo, en la reflexividad y una acción dinámica que transite a tono con mejorar su sistema de vida, hábitos y salud.

La prevalencia de un modo de vida y los hábitos adversos para la salud, especialmente en lo que se refiere a la hipertensión arterial, son reflejados en el análisis que expresan Hernández y Sartre <sup>28</sup>, sobre el hecho de la influencia de los factores dietéticos sobre los niveles de presión arterial que han sido reconocidos desde hace muchos años por profesionales sanitarios y expertos en el área, los cuales indican la relación entre consumo de sal y presión arterial.

A juicio de las autoras, “lo trascendental estriba en la identificación de factores implicados en la patogenia de la hipertensión arterial que pudieran ser susceptibles de modificación, lo cual permitiría realizar prevención primaria de esta enfermedad asociada a los modos de vida”.

Paralelamente, vale el argumento que muchos pacientes generalmente adultos, son asintomáticos y en consecuencia, se diagnostican por el descubrimiento casual de la hipertensión arterial. Agregando además que, según refiere Hergueta <sup>29</sup>, “si esta población no es tratada a tiempo, suele fallecer a una edad entre los treinta (30) y los cuarenta (40) años”.

Cabe mencionar que, para lograr un óptimo estado físico, se requiere llevar a cabo programas específicos para mejorar tanto los componentes relacionados con la salud, como lo relacionado con la potenciación de valores, a fin de mejorar los hábitos en los modos de vida de las personas y disminuir los riesgos de presentar enfermedades cardiovasculares y específicamente, de hipertensión arterial, la cual viene asociada en muchos casos, al estilo de vida que asumen las personas.

En el consenso integral que sostuvieron el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Red de Sociedades Científicas Médica Venezolana <sup>30</sup>, se orientó a considerar los factores de riesgo para la hipertensión arterial sistémica, en cuanto al consumo excesivo de sal y alcohol, el tabaquismo, la obesidad, los anticonceptivos orales, el mal manejo del estrés, la herencia y el sedentarismo.

En este orden de ideas, no hubo certeza determinante en el éxito sobre el control de las enfermedades cardiovasculares de la población, a pesar de los programas de prevención y la mejor comprensión de la fisiopatología de la hipertensión arterial sistémica y del desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y de tratamientos avanzados e innovadores. Las razones que explican la expansión epidémica de la enfermedad cardiovascular vienen configuradas en cuanto al aumento de la supervivencia de la población, provocando la emergencia de enfermedades crónicas, que ocurren en los grupos precarios que pasan a la edad media.

Por tanto, el progreso económico, con la declinación de las enfermedades infecciosas; disponibilidad de alimentos en abundancia y ricos en grasas saturadas, aumento de los niveles de pobreza en los países en vías de desarrollo; disminución de la actividad física y expansión del sedentarismo; aumento del tabaquismo; crecimiento desordenado de la población y proliferación de la marginalidad; la interacción de otros factores de riesgo como el aumento de la prevalencia de la diabetes Mellitus, resistencia a la insulina, obesidad, estrés, factores genéticos geográficos, técnicos, diferencias alimentarias, diferentes factores ambientales y socioeconómicos; entre otros, constituyen eventos importantes que anuncian la caracterización de la hipertensión arterial, como una enfermedad de grandes proporciones de riesgo a la salud y la calidad de vida de los venezolanos.

La hipertensión arterial es una enfermedad que trae consecuencias adversas a la calidad de vida de aquellos que la padecen. De modo que, descubrir el significado que le otorgan las personas a la prevención de salud, faculta para atender la necesidad en la población, facilitando la información que genere cambios positivos en estas personas y las lleven a establecer el equilibrio que les permita convivir con la enfermedad crónica manteniendo un estilo de vida saludable.

En este mismo orden de ideas, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Red de Sociedades Científicas Médica Venezolana <sup>30</sup>, visionan el enfoque promocional de calidad de vida y salud en el propósito de mejorar la calidad de

atención integral de la población sana, población con factores de riesgo, la afectada por hipertensión arterial o cardiopatía hipertensiva e isquémica, con o sin ningún grado de discapacidad, proponen una serie de disposiciones generales tendentes a que toda la comunidad reciba educación continua acerca de la modificación de los estilos de vida y de los factores de riesgos involucrados en estas enfermedades.

Esto implica descubrir y utilizar información sobre sus conceptos de salud para fijar los objetivos individuales. Más aún, el acercamiento del profesional de enfermería con las comunidades, de manera directa y confiable, permite hacer énfasis en la búsqueda de nuevos escenarios que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población con prácticas y actitudes más reflexivas sobre la enfermedad.

Probablemente, bajo el dominio de este espacio de intercomunicación con los pacientes, se pueda conseguir un nivel aceptable de salud para mayor número de personas, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales de apoyo a la salud, los pueblos y sus gobiernos, pueden considerar una visión considerable sobre los gastos prioritarios en esta área de desarrollo humano, antes que en armamento y conflictos militares.

Bajo tales dimensiones cualitativas, es necesario contar con una científica que promulgue información en este ámbito de desarrollo humano y allí, el profesional de la enfermería tiene un centro medular para las transformaciones sociales, en tanto se

adelante hacia las comunidades, sostenga la transferencia de información pertinente, fomente la participación en diversos escenarios de educación para la salud a fin de hacer recurrente la idea de fomentar actitudes valorativas hacia el cuidado de la salud.

Sin embargo, los valores que generan en el individuo el desarrollo humanizador y que fortalece su personalidad, pueden dar pasos adelantados en los enfoques del cuerpo y la mente por parte de la enfermería, hacia los pacientes, vista con la amplitud de sembradíos axiológicos que comuniquen hacia las comunidades, el desarrollo de hábitos virtuosos, donde se destacan la importancia de la prudencia, disciplina, respeto y empatía, para obtener una salud integral del individuo, familia y comunidad.

De esta forma, reafirma Schneider (2008), que la mente es una conciencia inmaterial que habita cada parte del cuerpo humano y es un reflejo de ella. Para que ocurra cualquier cambio del cuerpo, primero debe aceptarlo la mente. No es posible sanar el cuerpo sin que se involucre el apoyo de la mente. Ésta tiende a repetir patrones habituales y a no experimentar con ideas novedosas. Los cambios se manifiestan en todo el cuerpo. En este punto de vista, hace mención Schneider M.<sup>31</sup> a lo siguiente:

Tal como estamos en la actualidad, ni siquiera podemos imaginar la posibilidad de una salud perfecta. Para mejorarla tenemos que visualizar el mejoramiento deseado y practicar el movimiento o ejercicio apropiado

que le indique al cuerpo como hacerlo. Queremos trabajar a la vez con la mente y el cuerpo. La mayoría de los profesionales del cuidado de la salud trabaja casi en exclusiva con el cuerpo y descuida la importancia fundamental de la conexión cuerpo-mente.

Como se puede entender, el objeto de estudio cursa sobre una temática de enfoque abismal sobre la salud y sus referentes de consideración sobre los significados de la prevención de las complicaciones de salud en las personas con hipertensión arterial. De allí, que el empuje en los escenarios de construcción social del profesional de la enfermería, como constituyente del equipo de salud, ha de avizorar esquemas de interpretación compleja sobre su rol de transformación social, ante la necesidad de sensibilidad en la relación inmediata con este aspecto de salud pública, al cual ha de estar consciente de su trascendencia, al transmitir este conocimiento sanitario a las comunidades.

Por tanto, es impostergable reorientar el propio accionar en ese tino, como personal del equipo de salud, el norte ha de rendir tributos a la fortaleza educativa y de atención de la salud de las personas, con miras a concientizar por medio de la adquisición de valores cónsonos al autocuidado y autovaloración del paciente, en su padecimiento, observado en la propia ontología del paciente sobre la prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial.

La investigación indaga el sentido y significado que las personas con hipertensión arterial manifiesten en términos de la prevención de las complicaciones en salud. Bajo estos elementos de indagación, me pregunto sobre esta situación en los siguientes términos:

¿Cuál es el significado de la prevención de las complicaciones en salud que le atribuyen las personas con hipertensión arterial que acuden a la consulta de cardiología en el Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana en Barquisimeto-Estado Lara?

En la necesidad de identificar las respuestas apropiadas en el aspecto de investigación cualitativa, se formulan los siguientes propósitos investigativos.

## **1.2. Propósitos de Investigación**

### **Objetivo General**

Describir el significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial.

### **Objetivo específicos**

- Interpretar el significado de la prevención de las complicaciones en salud desde el pensar de las personas con hipertensión arterial.

- Interpretar los sentimientos de las personas con hipertensión arterial sobre la prevención de las complicaciones en salud.

- Develar el hacer de las personas con hipertensión arterial sobre la prevención de las complicaciones en salud.

### **1.3. Pertinencia Social del Estudio**

La salud es uno de los elementos fundamentales en el desarrollo del ser humano, sin ella el hombre se encuentra en una posición indefensa para superar los obstáculos que impiden su realización como persona y el desarrollo humano en el entorno social. Ello implica entonces que, la incorporación del hombre como ser social a los medios productivos del país, es un enfoque deseado por todos los gobiernos que buscan el bienestar y la mayor suma de felicidad posible para sus ciudadanos.

De hecho, el valor fundamental de la salud de los pueblos es un elemento clave de desarrollo, productividad y calidad de vida de la sociedad en general. Por lo tanto, se hace necesario la revisión de los factores endógenos y exógenos que inciden en el deterioro de la salud y a partir de allí, establecer sustentos epistemológicos, axiológicos y metodológicos para concretar la autoformación de valores cónsonos con el cuidado de la calidad de vida, escenario en el cual, se entiende que la

educación, es un eje medular para lograr una población equilibrada, plenamente activa, que contribuya con el desarrollo del país.

Quiere decir que, al considerar los referentes apropiados en el presente estudio como proceso, que informa, motiva, y procura un educación para la salud de los pacientes hipertensos, representa un salto cognitivo, hace una nueva mirada de la enfermería para activar prácticas generativas, recursivas y complejas en el fortalecimiento transformador de estilos de vida saludable, que propugnen el autocuidado y que trascienda incluso, hasta los familiares de los pacientes con hipertensión arterial a fin de mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Bajo el dominio de la enfermería, es importante destacar que las unidades de seguimiento de hipertensión arterial, la atención primaria, la voluntad para crear espacios apropiados que permitan mayor comunicación e información con estos pacientes a través de la consulta de Medicina Interna, y como parte de apoyo en el equipo médico correspondiente, es una observación propia de estudio que contribuirá en una nueva perspectiva de la labor de este profesional en la complementariedad de esquemas de acción múltiple.

Bajo estas ideas, el producto de investigación llegará a espacios abiertos de la salud, para la interpretación de un modo de pensar complejo en el apoyo de la enfermería con nuevas luces de conciencia social. Esto cuando, además de la

valoración del paciente, las técnicas oportunas y pertinentes de su praxis como el control de peso, la toma de presión arterial, el contacto con el paciente y familiares para el autocuidado del hipertenso, entre otras, se dejará a la comunidad un constructo que exprese el soporte teórico, epistemológico y axiológico sobre el significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de personas con hipertensión arterial.

En este sentido, el ser humano necesita educación, requiere conocer sobre los problemas de salud que les afectan y cómo debe participar en el proceso de aprendizaje, usando como plataforma y base fundamental sus propios valores; con el fin de manejar la prevención de las complicaciones que se presentan como pacientes que padecen de enfermedades cardiovasculares específicamente hipertensivos.

En definitiva, los hallazgos de este estudio servirán al sustento cognitivo de la Enfermería, como base para elaborar programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, que disminuyan la morbilidad, mortalidad y sus complicaciones. Para las instituciones de salud, contribuirá en la motivación de sus gerentes en el marco de aplicar programas de prevención, que pudieran disminuir sus estadísticas de reposos e incapacidades relacionados con la hipertensión arterial y sus complicaciones, para tener personas saludables, que puedan rendir al máximo y contribuir con el desarrollo del país.

La condicionalidad de que el personal de enfermería configure en la unidad de hipertensión arterial, un fundamento cognitivo de amplio espectro en su papel activo frente al seguimiento de la persona con hipertensión arterial, viene a confluir aspectos modulares que encontrará en este estudio para resignificar los ideas y la asignación de nuevas tareas que complementa el trabajo del equipo de salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] <sup>11</sup>, en 2002 se atribuyeron 29 millones de defunciones por causa de enfermedades crónicas, lo que permite proyectar al 2015 que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas. Prevenir las enfermedades crónicas ayudaría, además de salvar vidas y aliviar el sufrimiento, a reducir las muertes prematuras, con sus consecuentes efectos sobre las familias, las comunidades y la sociedad en general; ya que su tratamiento representa unos costos adicionales no sólo para la familia sino también en la asignación de programas y políticas dirigidas a la salud pública de toda la comunidad.

Puesto que la hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular más importante, todos los elementos que contribuyan a ampliar los saberes y haceres del personal de enfermería, constituyen un aporte eficaz para combatir las graves consecuencias que conlleva, la deficiente intersubjetividad en la unidad de hipertensión arterial de los centros hospitalarios, donde se lleva a cabo la consulta, protocolizada e informatizada. Finalmente, la contribución de este estudio en la línea de investigación, en cuanto a prevención de enfermedades en diferentes grupos

poblacionales y culturales, ayudará a expandir la construcción del conocimiento doctoral en el Programa del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

Haciendo uso de los estilos de investigación cualitativa en el campo de los cuidados enfermeros y la temática de la hipertensión arterial como uno de los problemas de salud con mayor incidencia en los pacientes con afecciones cardiovasculares en el ámbito internacional y nacional, se presenta en esta parte del proyecto el soporte teórico de la investigación.

#### **2.1. Caminos Transitados por Otros Investigadores**

Son diversos los estudios doctorales que en la geografía nacional e internacional han profundizado en el conocimiento sobre la Hipertensión Arterial, calidad de vida y temas relacionados con la temática que se desarrolla en este estudio. Se seleccionaron algunos de ellos acorde con los temas y su relación con la presente investigación ya que incluyen entre sus objetivos los factores de riesgo de la hipertensión arterial, las vivencias de las personas que han padecido un infarto agudo de miocardio tras un año de evolución, el estilo en la forma de vida y la calidad de la misma, el diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial, interpretación de los significados que un grupo de usuarios le asignan al cuidado proporcionado por el equipo de salud especializado en

hipertensión, la enseñanza del valor salud, el rol de las enfermeras y enfermeros en la Investigación Cualitativa en los cuidados y conocimiento de los valores de la Cultura de las Sociedades Primitivas y efectos de la hipertensión arterial sobre la masa ósea de mujeres menopáusicas. Todos estos estudios fueron presentados siguiendo un orden cronológico acorde con su presentación en el mundo académico.

Asimismo, en el ámbito nacional se precisó el trabajo de grado de especialista en Medicina General Integral, presentado por Villegas J. L.<sup>32</sup>, titulado: Caracterización de los factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos, en el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”, en Aragua, República Bolivariana de Venezuela.

El objetivo que orientó al estudio fue caracterizar los factores de riesgo de hipertensión arterial de adultos mayores de 18 años en el consultorio familiar del Barrio La Vaquera, durante el periodo de julio a diciembre de 2006. El estudio de tipo descriptivo transversal, identificó a un universo integrado por todos los hipertensos mayores de 18 años dispensarizados como tales, en el consultorio familiar señalado, para un total de 100 individuos.

Metodológicamente, utilizó como técnica de recolección de datos la observación y la encuesta y para efectos del análisis, síntesis, histórico-lógico, hipotético deductivo, aplicando la estadística descriptiva. Como conclusión destacó

que, de 100 pacientes estudiados sólo 62 de ellos mostraron hipertensión arterial grado 1, el mayor porcentaje presentó antecedentes de cardiopatía en el sexo masculino, además de encontrarse un número significativo de pacientes con obesidad de grado 1 con mayor riesgo en el sexo femenino con sedentarismo seguido de antecedentes personales familiares de tabaquismo e ingesta de sal.

Las recomendaciones del estudio, manifiestan la posibilidad de incrementar las acciones de prevención relacionadas con la hipertensión arterial, desarrollando el nivel de salud que corresponda a un programa de comunicación social insistiendo en la modificación de los estilos de vida mediante una adecuada intervención sobre los mismos para una mejor prevención y control.

En el mismo orden de ideas, se identificó la tesis doctoral de Solano María del Carmen <sup>33</sup>, titulada: Vivencias de las personas que han padecido un infarto agudo de miocardio tras un año de evolución: un estudio desde la perspectiva de la fenomenología social desarrollada en el departamento de salud número 20 de la comunidad valenciana, la cual fue defendida en la Universidad de Alicante, España.

Desde esta perspectiva, la autora consideró que el padecimiento de una patología cardíaca genera importantes cambios en la persona, no sólo en cuanto al estilo en su forma de vida sino además, en cuanto a la calidad de la misma. Por ello, el objetivo de ese estudio se centró en conocer y comprender las experiencias vividas

por esas personas que han padecido una cardiopatía isquémica después de un año de evolución.

Asimismo, se estudió la repercusión de la enfermedad desde la perspectiva del cónyuge o cuidador principal. Se trató de un diseño cualitativo con un abordaje desde la perspectiva de la fenomenología social realizado en 14 varones. La selección de los mismos, se hizo siguiendo el criterio de muestreo intencionado y el número quedó determinado de acuerdo al principio de saturación teórica.

Para la recaudación de la información se optó por utilizar las historias de vida como herramienta capaz de poder captar la esencia del proceso vida-salud-enfermedad a lo largo de todo su proceso vital de forma paralela se captó la percepción de las esposas de estas personas, realizándose una entrevista semiestructurada que permitió conocer la propia visión acerca de la experiencia en el proceso vivido.

El estudio se desarrolló en el departamento de salud número 20 de la Comunidad Valenciana. Este departamento está formado por 10 zonas básicas de salud que cuentan con un centro de salud como referente para cada una de ellas en el Hospital General Universitario de Elche, el cual se sitúa en el corazón de la comarca del Baix Vinalopó. El análisis de los datos, desde la perspectiva de la teoría de acción

social propuesta por Alfred Schutz, permitió elaborar unas topologías de acuerdo al grupo social al cual pertenecían los actores sociales.

En este sentido, la aplicación de la Teoría de la Transición propuesto por Afaf Meleis <sup>33</sup> citado en ese estudio, favoreció la identificación de las distintas etapas por las cuales atraviesa la persona que padece esta enfermedad así como las características y elementos que componen cada una de ellas. La utilización de un software informático específico para el análisis de datos cualitativos (Atlas-Ti), facilitó el proceso de codificación de categorías y las relaciones que entre ellas se establecieron en un contexto social y político de importantes cambios.

La irrupción de forma brusca e inesperada de un evento coronario fue percibido de dos formas, por un lado un grupo de personas lo señaló como una enfermedad amenazante generadora de sentimientos negativos e incapacitante para la actividad diaria, paradójicamente el otro lado grupo, manifestó haber sentido un aviso, una llamada de atención a la salud, adoptando una actitud positiva frente a este evento.

La contribución de este estudio fue significativo para clarificar la influencia del estrés en relación a las manifestaciones que genera en el entorno familiar la situación de los pacientes con hipertensión arterial e incluso, con la percepción de características psicósomáticas de la enfermedad a partir de la cual se describe el perfil de la personalidad de los pacientes en sus relaciones con el entorno familiar, los

cuales, en algunos casos suelen ser más fácilmente irritables y depresivo con efectos en la calidad de vida de las personas que le acompañan cotidianamente.

De forma similar, Ramírez J., López M., Gaviria A.<sup>34</sup>, realizaron un trabajo con el nombre de Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial. El objetivo general fue obtener conocimiento de procesos protectores y deteriorantes, determinantes en las condiciones de salud de 160 usuarios del Programa. El estudio es descriptivo-transversal e integra técnicas cualitativas y cuantitativas para explorar las condiciones de salud y las percepciones que usuarios y actores de la comunidad tienen de la hipertensión. Se parte de elementos teórico-metodológicos de la epidemiología crítica y del monitoreo epidemiológico.

En consecuencia, se destaca la influencia del contexto socio-económico y político en el proceso de salud-enfermedad y el impacto negativo de la reforma en salud en los programas de prevención. Sobresale la valoración que los usuarios hacen de las instituciones barriales y del Programa como escenario de encuentro y refugio ante la soledad y el dolor; y las carencias de redes sociales de apoyo y el débil acompañamiento familiar en el cuidado de los enfermos.

Ramírez, López, Gaviria, citados por Ramírez y cols.<sup>34</sup> interpretan los significados que un grupo de usuarios le asignan al cuidado proporcionado por el equipo de salud especializado en hipertensión. En el cual se enfatizan elementos del

contexto socio-económico y político que van a nutrir los conocimientos y la práctica del cuidado en la promoción y prevención que desarrolla el programa de hipertensión arterial sobre el control y mantenimiento de los factores de riesgos.

Seguidamente, se presenta un estudio asociado con la enseñanza del valor salud realizado por Puertas de García <sup>35</sup>, sobre: Modelo Estratégico de Aprendizaje en Educación Comunitaria para la Salud basado en Valores, donde se destaca que el aprendizaje constituye una interacción entre el conocimiento previo albergado en su estructura cognitiva y las nuevas informaciones que recibe el ser humano. La salud de los pueblos debe ser política fundamental del Estado, no obstante todos los ciudadanos deben ser responsables de su salud, constituyéndola como valor fundamental en su vida diaria.

El espíritu que inspira la investigación, estuvo ubicado dentro del tipo de investigación cualitativa, de tipo analítico descriptivo, fundamentada en el paradigma constructivista, cuyo propósito fue interpretar y analizar mediante aplicación de encuestas semi-estructuradas a seis informantes claves especialistas en el área de estudio. A través de respuestas obtenidas en las entrevistas a profundidad observación participante, y luego de ser contrastadas, condujeron a determinar que es impostergable construir junto al individuo, familia y comunidad un nuevo paradigma de educación para la salud, concientizando que el amor constituye la piedra angular

para incentivar conductas saludables a través de la aplicación de los valores esenciales en el ser humano.

En este mismo orden de ideas, Mezquita A.<sup>36</sup>, desarrolló una investigación sobre: El Rol de las Enfermeras y Enfermeros en la Investigación Cualitativa en los cuidados y conocimiento de los valores de la Cultura de las Sociedades Primitivas, que tuvo como objetivo describir y analizar el origen de la Ciencia Enfermera y su incidencia en las sociedades primitivas.

El trabajo fue desarrollado mediante análisis de contenido de textos siguiendo los métodos y técnicas del trabajo histórico (Thuillier y Tulard,<sup>37</sup>; Eco, U.<sup>38</sup>, citados por el autor), y de las estrategias aportadas por el análisis de la filmografía (Carmona,<sup>36</sup> citado por el autor), con las orientaciones de la etnología narrativa y la fenomenología.

Como conclusión, destacó el estudio que el origen de la Ciencia Enfermera, no renuncia a su historia para adquirir la capacidad científica de la explicación, por muy difíciles que sean los momentos que puedan haber atravesado. El análisis de los cuidados y el conocimiento enfermero realizado por Mezquita<sup>36</sup>, utilizó la perspectiva de análisis temporal-espacial tomando en cuenta que es la enfermera o enfermero, quienes tienen un rol fundamental en la cultura específicamente en el tratamiento de la persona con hipertensión ante la prevención de esta enfermedad y cómo se pueden

minimizar los riesgos de una recaída, donde los valores de los involucrados son fundamentales en su comportamiento al asumir los factores que activan la enfermedad.

También en el ámbito internacional, se identificó la tesis doctoral de García <sup>39</sup> sobre: efectos de la hipertensión arterial sobre la masa ósea de mujeres menopáusicas, la cual fue defendida en la Universidad de Valencia, España. Los objetivos que orientaron dicha investigación fueron: determinar si las mujeres postmenopáusicas hipertensas presentan diferentes densidades óseas que las mujeres postmenopáusicas normotensas y comprobar en mujeres postmenopáusicas hipertensas las consecuencias del tratamiento con fosinopril a dosis eficazmente antihipertensivas sobre la masa ósea.

La muestra poblacional comprendió a las pacientes que procedían de la consulta externa de la Unidad de Menopausia del Hospital La Fe y de las consultas del Centro de Salud de Atención Primaria del Puerto de Sagunto de la provincia de Valencia. Las participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión en el seno del grupo al cual pertenecían: para el grupo A control, mujeres menopáusicas normotensas, con criterios de inclusión que se identificó con la edad entre 40 y 70 años, ambos inclusive; menopausia documentada de acuerdo con los siguientes criterios: si tiene menos de 50 años más de doce meses sin menstruar.

Si tiene más de 50 años: amenorrea de al menos seis meses y síntomas específicos de carencia de estrógenos. Asimismo, los criterios de exclusión se destacaron en el riesgo de osteoporosis secundaria, uso de tratamiento hormonal sustitutivo, mujeres en las cuales se intervenga terapéuticamente contra la osteoporosis común eficazmente sus hábitos de vida y consumo de medicamentos utilizados para tratar la osteoporosis u que incluyan sobre ella.

Entre los resultados obtenidos en la densitometría, toda la mujeres incluidas en la primera fase del estudio fueron clasificadas como normales, osteopénicas u osteoporóticas según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se pudo comprobar la ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos considerados en el estudio.

Como conclusión, el autor mencionó que se evidenciaron limitaciones al tratar las mujeres hipertensas de nuevo diagnóstico, puesto que fue imposible conocer el tiempo durante el cual, la hipertensión ha podido ejercer una influencia sobre la masa ósea. Cualquier suposición a este respecto sería meramente especulativa y por esta razón se obvió en el estudio.

Los resultados permitieron concluir que, las mujeres menopáusicas hipertensas presentan mayor prevalencia de osteoporosis que las normotensas en el tratamiento de la hipertensión arterial en mujeres postmenopáusicas con fosinopril a

las dosis utilizadas, se asocia a la ausencia de la pérdida de más ósea ligada al grupo etario incluido el estudio.

Se encontró relevancia en este estudio al conocer elementos correspondientes con las féminas y la hipertensión arterial en su determinación de la salud a través del tratamiento correspondiente, lo cual hace pensar en la calidad de vida de este sector humano, cuando además de los factores asociados a la menopausia, se aumentan los riesgos concomitantes a la hipertensión arterial, elemento de interés en este estudio a efectos de conocer sobre cómo el climaterio, que es un periodo que comprende varios años de la vida de la mujer, se muestra de manera adversa a la calidad de vida, cuando ambos factores se manifiestan en dicho tiempo.

En el mismo orden de ideas, se ubicó la tesis doctoral de Santín <sup>40</sup>, titulada: hipertensión arterial: factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco, alcohol y menopausia), la cual fue defendida en la Universidad Complutense de Madrid. El estudio dio paso a una investigación epidemiológica, no sesgada, realizado en el seno de una población laboral española.

Se estudió la prevalencia de hipertensión arterial, además de la acción como factor de riesgo cardiovascular de los líquidos plasmáticos (colesterol total, fracciones del colesterol y triglicéridos), del hábito tabáquico, del consumo de alcohol y de la

menopausia, así como la influencia sobre la presión arterial de otras variables como: sexo, edad, obesidad o los niveles de Glucosa.

Del mismo modo, el estudio determinó la correlación existente entre la fracción HDL- colesterol y el desarrollo de hipertensión arterial. Los resultados obtenidos Metodológicamente, se estudiaron en el seno de una población laboral no seleccionada de 305 individuos, con una media de edad de 36,92 años y con una proporción de mujeres de un 36,73 por ciento y de hombres de un 63,28 por ciento.

Como conclusiones encontró que la tensión sistólica media se correlaciona de forma lineal con la tensión diastólica media y además, encontró buena correlación con el colesterol total y las fracciones LDL-colesterol y VLDL- colesterol, los niveles de triglicéridos, los niveles de glucosa basal, aumentando su valor conforme aumentaron los valores de dicha variable. Presentó una baja significación con la fracción HDL- colesterol. La tensión diastólica media se correlaciona bien con: la glucosa basal, el colesterol total y triglicéridos, entre otros.

La relación que guardan ambos estudios en lo atinente al desarrollo teórico sobre el significado de la hipertensión arterial, como enfermedad crónica más frecuente, con consecuencias de múltiples elementos que la configuran como compleja, por cuanto constituye el principal problema clínico del adulto en una sociedad donde la población de edad, y es cada vez más avanzada, como indicador de

riesgo cardiovascular, en tanto, representa uno de los principales factores de riesgo de la cardiopatía isquémica, el principal factor de riesgo de los accidentes vasculares cerebrales, tanto hemorrágicos como aterotrombóticos.

De igual forma, se ubicó la investigación realizada por Muñoz, Price, Gambini y Costa <sup>41</sup>, presentada como: Significados simbólicos de la prevención en los pacientes con enfermedades crónicas. Donde el objetivo fue describir la vivencia y las convergencias de las dimensiones estudiadas en tres universos culturales de la clientela que ha sufrido Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Enfermedades Osteoarticulares-Artrosis, en adultos mayores entre 60 y 65 años, de ambos sexos, beneficiarios del Sistema de Salud Público y consultorios de atención primaria y especialidades.

Se aplicó el método etnográfico, utilizando la entrevista y la observación participante. La interpretación se basó en el Interaccionismo Simbólico. Los aspectos éticos de la investigación con seres humanos fueron respetados. Concluyendo que surgen convergencias en las dimensiones en que son percibidas las tres enfermedades: la pérdida del bienestar y soporte social, miedo a la invalidez y muerte, percibiendo la familia y aceptando la cronicidad, valorizando la medicina alternativa y percibiendo el cuidado de enfermería como ambiguo.

El estudio de los autores implementó la etnografía para encontrar el sentido de la experiencia vivida y adquirida por los adultos mayores con enfermedades crónicas donde se destacan los acontecimientos más significativos que se correlacionan en la actitud del paciente ante las enfermedades que padecen, y cómo enfrenta la prevención en enfermedades crónicas. Allí se observó la necesidad de concientizar al paciente en torno a los factores de riesgos, con el fin de mejorar su calidad de vida y por ende para minimizar los peligros que le generan, por lo cual se invitó a las enfermeras a definir la impresión del cuidado.

Como se destaca ambos estudios centrados en la perspectiva cualitativa, ofrecen un escenario ideal para captar el sentido y significado que le atribuyen los pacientes con enfermedades crónicas como las señaladas en el estudio, hacia su autocuidado, en la condición de estar concientes de los riesgos y consecuentemente mejorar su sistema de vida y salud.

Los antecedentes antes señalados, denotan que la experiencia vivida y las actividades sociales tienen, una compleja relación con los relatos que se refieren a la prevención y el valor salud en las personas con alguna enfermedad o cualquier proceso de salud, sumado a una cultura para el desarrollo de la calidad de vida lo que incidirá en el mejoramiento sustancial de la salud, lo que le da una connotación de relevancia a todos los elementos y eventos antes reseñados.

## 2.2. Constructos Relacionados con el Valor Salud

Para dar inicio a la discusión sobre el tópico del valor salud en el ámbito del cuidado enfermero se presentan diversos supuestos que sirven para explicar el significado del aspecto salud, El “valor” se puede entender simplemente como aquello que los seres humanos consideramos como importante para nosotros mismos. La “importancia” tiene aquí un sentido motivacional, esto es, relacionado con lo que nos mueve, aunque no sea lo único que nos mueve. Lo que consideramos valioso es algo construido dentro de la triada de Morin, individuo-sociedad-especie.

La salud es unos de los metaparadigmas de enfermería, lo cual es explicado por Anés R. y Torres A.<sup>42</sup>, cuando refieren que salud, según Marta Rogers<sup>42</sup> en 1963, explica que dependerá de la definición o percepción que le ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar. De esta forma, para las experiencias y vivencias de las personas, familias y comunidades en cuanto a la prevención de las complicaciones de la Hipertensión Arterial estas serán el fundamento del significado, es decir, la esencia de toda comprensión.

Al respecto Heidegger en 1927, citado por Anés y Torres<sup>42</sup>, establece la comprensión como una estructura esencial del ser humano e insta que la metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia del ser

humano, el estudio de fenómenos, como un acercamiento al mundo de la vida, es decir a las experiencias y vivencias del mundo.

El estado de salud y bienestar de un individuo depende en gran medida de la calidad del medio en que vive y sus patrones de comportamiento dentro de ese escenario, es así como el concepto de salud implica no sólo la idea de bienestar, sino también la realidad de la calidad de vida, así como la realización integral de la persona humana. La enfermedad es una situación que en algún momento sufre todo ser vivo. Podríamos definir la enfermedad humana como el conjunto de modificaciones psico-orgánicas que siguen a la acción de una causa agresora, que altera el equilibrio de salud del individuo.

Al mencionar a Colomer y Álvarez-Dardet <sup>43</sup>, se tienen sus razonamientos en torno a que la salud, como expresión y componente del desarrollo humano, tiene que ser definida y analizadas siempre en sentido ecológico. Este autor cita a Hancock cuando menciona que éste, trata de sintetizar los conceptos de promoción de la salud y desarrollo sostenible determinando las características de las comunidades sanas o saludables, asimismo concreta que “las prioridades y direcciones para actividades en el ámbito de la salud son los criterios de monitorización del proceso y de evaluación de resultados” .

La salud, desde la visión de Hermán, citado por Marriner y Alligood <sup>44</sup>, “es un patrón de significado para las personas, las familias y las comunidades”. En todas las sociedades, humanas las creencias y las prácticas asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura. La salud no es simplemente la consecuencia de un estado físico del ser.

Las personas construyen su realidad de salud en relación con la biología, patrones mentales, características de su imagen del cuerpo, la mente, el alma, la etnicidad y las estructuras familiares, las estructuras de la sociedad y de la comunidad y las experiencias de cuidado que dan significado a las maneras complejas de vida. La organización social de la salud y la enfermedad en la sociedad, es decir, el sistema de asistencia sanitaria, determina la forma en la que se reconoce que las personas están enfermas o sanas, la forma en la que la salud o la enfermedad se presentan a los profesionales sanitarios y la forma en la que la persona interpreta la salud y la enfermedad.

Por tanto la salud, esta íntimamente relacionada con la forma en que las personas, incluyendo los profesionales de la salud, de un grupo cultural, una cultura organizativa o un sistema burocrático construyen la realidad, dan y encuentran el significado. Es así como la salud va a depender de la armonía del hombre con su entorno, enfatizando la importancia de la prevención, y que la responsabilidad de su conservación y desarrollo es multidisciplinaria y multisectorial, y en ese sentido es

definida por la visión de Imogene King, según Marriner <sup>44</sup>, como una adaptación continua al estrés en el entorno interno y externo mediante el empleo óptimo de los recursos del individuo para alcanzar su potencial máximo para la vida diaria.

Es importante destacar algunas teorías de enfermería citadas por Marriner <sup>44</sup> que, mediante conceptos teóricos, explican el aspecto salud, entre ellas: Virginia Henderson, quien explica en su teoría que la salud representa calidad de vida, es necesaria para el funcionamiento del ser humano y los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hildegard E. Peplau <sup>44</sup> quien plantea que salud implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva y Madeleine Leininger, citada por Marriner <sup>44</sup>, expresa que salud, es un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

### **2.2.1. Estilos de Vida Desde la Cultura del Ser**

Los avances científicos, junto con los cambios ideológicos y económicos de los últimos dos siglos, han situado la salud en un primer plano del interés social. El sistema sanitario, la base biogenética, las condiciones ambientales y el estilo de vida, son los cuatro factores que determinan el grado de salud de las personas, pero

precisamente este último, aun siendo el más importante, es el más desatendido por todos. Si analizamos algunos de los comportamientos de las personas a lo largo del día, como por ejemplo los ritmos horarios, las condiciones laborales, los ingredientes de las comidas, las actividades de ocio, etc. ¿Llevamos un estilo de vida saludable? ¿Quién es el responsable? ¿Qué podemos hacer?

Por tanto, la salud como tema de debate ético significa que niños y adultos han de saber reconocer sus prejuicios sobre la salud y admitir la variedad de creencias asociadas a la salud, pero sobre todo que la sociedad actual plantea retos constantes sobre los cuales hay que tener una posición tomada, con toda la flexibilidad que se quiera, pero siempre a partir de unos referentes determinados.

Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. Es así como para entender las enfermedades, el enfoque ecológico - cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud son principalmente creados por la cultura.

Por ello, la cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías una desde el punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas

enfermedades y otro desde un punto de vista global, las fuerzas político - económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud.

Algunos hábitos que condicionan nuestra salud son los siguientes: la organización del tiempo de trabajo y el tiempo de descanso, la alimentación, la higiene personal, la limpieza del hogar, la ventilación del hogar, la forma y condiciones en que nos desplazamos al trabajo, la manera de organizarnos en nuestro trabajo, la diversión y el tiempo de ocio entre otras. Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales.

Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades en salud. El cuidado cultural de enfermería ha emergido como un importante tópico en la Ciencia de la Enfermería, porque cuando los enfermeros conocen los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, el cuidado que se brinda es mucho más provechoso e integral. La teoría más importantes al respecto es la expuesta por Madeleine Leininger citada por Marriner <sup>44</sup>, fundadora de la Enfermería Transcultural, Doctora en Antropología Cultural y Social, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes

áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y/o universal.

La etnoenfermería para Leininger se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada (o su representante), a través de las manifestaciones étnicas locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales. Según Leininger, cultura es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud.

La relación cultura-salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se le da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, estilos de vida y conductas saludables. Aquí, se ubica la relevancia de los aspectos culturales y conductuales en la salud. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir.

Bajo el dominio de este estudio, las conceptualizaciones a las cuales se hizo referencia en el apartado anterior, me llevan a reflexionar, como profesional de la enfermería, la necesidad de abrir nuevos caminos y enfoques que precisen el carácter intersubjetivo de acercamiento buscando crear conciencia entre las personas con hipertensión arterial.

De hecho, el valor de la salud entendido como una responsabilidad compartida con el personal de enfermería me hace pensar en posibles eventos de naturaleza reflexiva sobre nuestra propia práctica para trascender el sentido meramente curativo y más bien resaltar el aspecto educativo-informativo logrado en las comunidades, puesto que ello implicaría conversatorios, no solamente con la persona con hipertensión, sino además con el cuerpo familiar, quienes permanecen en la cotidianidad de los pacientes y en consecuencia en su cuidado de la salud.

### **2.2.2. El Valor Salud desde las Vivencias de las Personas con Hipertensión Arterial**

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida de la persona, y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo. Desde un punto de vista semántico, el término “transmisibilidad” necesitaría una reflexión. Como investigador en el área de la salud, conozco que algunas patologías no son contagiosas, pero algunas si son transmisibles.

Pienso como investigador que el carácter de desarrollo sostenible de una sociedad, debe accionar mecanismos de salud, donde el personal de la enfermería, unida al equipo de salud de las comunidades, busque accionar el conocimiento sobre los riesgos a los cuales se enfrentan los pacientes con hipertensión arterial y consecuentemente, encontrar caminos que activen una vida potencialmente más activa y saludable, sí existe el autocuidado, la prevención y la búsqueda de mejoramiento de los hábitos de las sociedades desarrolladas, lo cual en la mayor parte, pasan años de vida perdidos, a causa de enfermedades crónicas no transmisibles tales como: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades endocrino-metabólicas.

En concordancia a lo expuesto, la morbilidad de la hipertensión arterial como enfermedad que presenta altos porcentajes en la población a nivel mundial, sigue siendo un tema de estudio atrayente para los investigadores del sector salud, por

cuanto se ha demostrado que en grupos de personas mayores a 45 años de edad, el 90% de los casos desarrolla la hipertensión arterial esencial o primaria y menores del 10% desarrolla hipertensión arterial secundaria.

Por tal razón, es importante conocer los factores de riesgos tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de la enfermedad y los elementos, factores y circunstancias que se abordan para mejorar la situación como experiencias y vivencias del paciente en relación al seguimiento del tratamiento e instrucciones médicas correspondientes.

### **2.2.3. Hipertensión y otras complicaciones.**

El sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo pese a numerosas perturbaciones. Por tanto, una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las delicadas interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio.

El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anomalías dependientes de una interacción ambiente genotipo, y en

consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición, según Kannel y Carretero, citados por Gamboa <sup>45</sup>

Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la génesis de la hipertensión esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS), tal vez relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial de la ‘culturaleza’, es decir del impacto de la vida moderna; la sobreproducción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras; la alta ingesta de sodio; la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, con resultante incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA); la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kininakalikreína, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las anormalidades en los vasos de resistencia, incluyendo lesiones en la microvasculatura renal; la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; el incremento en la actividad de factores de crecimiento; las alteraciones en los receptores adrenérgicos, que influyen la frecuencia cardíaca, el inotropismo cardíaco y el tono vascular; y las alteraciones celulares en el transporte iónico, según lo expresa Calhoun, citado por Gamboa <sup>45</sup>.

Existe una relación directa entre la hipertensión arterial y el daño a órganos blancos, como corazón, cerebro y riñón. El estudio de Framingham - Massachusetts

confirmó estos hallazgos y demostró que la hipertensión arterial es un factor predisponente para accidente cerebrovascular trombótico, insuficiencia cardíaca, infarto del miocardio e insuficiencia renal, según Kannel citado por Hernández<sup>28</sup> y otros.

Aunque estas complicaciones aparecen en cierto grupo de hipertensos, están influenciadas por la concurrencia de otros factores de riesgo, como hipertrofia cardíaca, intolerancia a la glucosa, tabaquismo, hipercolesterolemia y obesidad.

Las complicaciones vasculares de la hipertensión se pueden dividir en hipertensivas y ateroscleróticas. Las hipertensivas se deben al aumento de la presión arterial y se previenen con el control de la misma y las ateroscleróticas son multicausales y, a pesar de que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para aterosclerosis en términos cuantitativos, su control no es suficiente para interrumpir el proceso.

Las complicaciones cardíacas se deben a que la hipertensión aumenta la tensión sobre el miocardio del ventrículo izquierdo, provocando rigidez e hipertrofia, y acelera el desarrollo de aterosclerosis coronaria. Así, en el paciente hipertenso con aumento de la demanda de oxígeno y una menor disponibilidad, está aumentada la probabilidad de isquemia del miocardio, lo que ocasiona una alta incidencia de infarto del miocardio, muerte súbita, arritmias e insuficiencia cardíaca congestiva.

La muerte súbita es otra complicación importante en el 50% de los pacientes que padecen enfermedad coronaria; se produce por dos mecanismos principales: fibrilación ventricular y asistolia en 80 y 20% de los casos respectivamente.

La hipertensión arterial es considerada la segunda causa de insuficiencia renal crónica en América, con una prevalencia del 25%. Aunque la hipertensión acelerada y maligna son causas bien documentadas de falla renal, su incidencia ha disminuido con el uso de los nuevos medicamentos; sin embargo, la incidencia de falla renal por hipertensión aumentó un 8.3% de 1983 a 1987, lo cual sugiere que la hipertensión leve y moderada también es causa de insuficiencia renal crónica, según lo manifiesta Weisstuch y Dworkin, citados por Hernández y Sartre.<sup>28</sup>

La nefrosclerosis es el hallazgo patológico encontrado en los pacientes con insuficiencia renal secundaria a la hipertensión arterial; sin embargo, actualmente se postulan otros mecanismos para desarrollo de nefrosclerosis, como episodios de hipertensión acelerada no diagnosticados, enfermedad de la microvasculatura renal que inducen hipertensión y enfermedades primarias del parénquima renal no diagnosticadas; la hipertensión arterial que a menudo acompaña la enfermedad renal puede ser el resultado de ella y a la vez un importante factor que contribuye al deterioro progresivo de la función renal, acorde a lo expuesto por Pettinger, citado por Hernández<sup>28</sup>.

En nefropatía diabética y no diabética está ampliamente demostrado que la hipertensión arterial acelera el daño renal y es el principal factor que debe controlarse para evitar esta progresión.

También se menciona la apoplejía como la más devastadora complicación de la hipertensión arterial. Homer, Whisnant y Schoenberg, citados por Hernández <sup>28</sup> hacen referencia a los estudios de Framingham y Rochester, los cuales señalan que la hipertensión es el más importante factor de riesgo para apoplejía. El estudio de Framingham hace referencia a que existen cinco categorías: infarto cerebral aterotrombótico, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea, embolia cerebral de origen cardíaco y episodios de isquemia cerebral transitoria. El estudio de Rochester, Minnesota, muestra una diferente perspectiva de la asociación de hipertensión y apoplejía; la incidencia fue cuatro veces mayor en hipertensos comparados con normotensos. El mejor control de la tensión arterial muestra una relación inversa con la disminución en la incidencia de apoplejía en mujeres; en hombres fue evidente solamente hasta después de 10 años de buen control de la tensión arterial; la causa se desconoce.

A criterio de Jenking <sup>46</sup>, los médicos hablan de “hipertensión cuando la cifra de presión arterial de una persona es superior a un valor crítico arbitrario, mientras esa persona está sentada y tranquila”. Para confirmar el diagnóstico, la observación

debe repetirse en varias ocasiones, separadas por semanas de intervalo. La hipertensión (elevación crónica de la presión arterial). Es nociva porque:

1. Aumenta el riesgo de ataque al corazón (Cardiopatía Isquémica);
2. Eleva el riesgo de ictus (Accidente Cerebro-vascular);
3. A lo largo del tiempo, provoca cambios estructurales del corazón (los músculos del ventrículo izquierdo se hipertrofian y afectan a la capacidad de bomba del mismo), provocando así la cardiopatía isquémica,
4. La elevación observada de la presión arterial puede ser el inicio de un incremento mayor que acelere los problemas arriba expuestos y que suponga también riesgo de daño en los riñones,
5. Cardiopatía Reumática y
6. Enfermedad Vascul ar Periférica.

A mi modo de ver, puedo decir que, todos estos elementos deben ser tomados en cuenta en el momento de educar al paciente sobre las implicaciones de los padecimientos de la hipertensión arterial, con el fin de crear conciencia sobre los efectos secundarios que se generan, esto puede motivarlo a profundizar sus conocimientos sobre los elementos que inciden en su aparición, lo cual va a propiciar el cambio de hábitos, tanto alimenticios como de mejoramiento de la calidad de vida, para minimizar los riesgos.

En este sentido, los profundos altos y bajos de la presión arterial permiten al cuerpo sano adaptarse a las actividades de la vida diaria, sin embargo el problema de la hipertensión surge cuando el cuerpo pierde esta capacidad para hacer descender la presión a un límite inferior saludable; las fuerzas que determinan el valor de la presión arterial en cualquier momento son: cantidad de líquido presente en el sistema de vasos sanguíneo; cantidad de sangre bombeada por el corazón en un latido; rapidez del latido cardíaco; capacidad de contracción de las arterias y arteriolas periféricas para reducir el espacio de que dispone la sangre; elasticidad (capacidad) de las arterias grandes para difundir los máximos de presión de salida del corazón, a fin de que los vasos más alejados experimenten presiones más bajas y más extendidas y caídas menos profundas de la presión entre latidos sucesivos del corazón.

En consecuencia, la posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. La presente revisión se enfoca a los factores de riesgo tradicionales, modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente.

La agregación familiar, supone que la hipertensión tiende a ocurrir en familias, lo que se debe principalmente a factores genéticos y en segundo lugar, a las semejanzas del estilo de vida. La presión arterial tiende a elevarse con la edad en las sociedades industrializadas. La presión arterial diastólica asciende hasta alrededor de

los 35 años de edad y después alcanza una meseta. La presión arterial sistólica promedio asciende continuamente hasta el final de la vida.

Según estudios transversales, la presión arterial asciende más drásticamente en las áreas urbanas, pero estudios longitudinales de esas mismas poblaciones efectuadas a lo largo de un decenio o más revelan que una importante minoría (alrededor de 40% en un estudio de 14 años) no presentan una pendiente ascendente cuando la presión arterial se mide de año en año. No obstante, la elevación del resto de la población es suficiente como para que la presión arterial media del grupo ascienda.

El sobrepeso, incrementa la presión arterial, cada kilo de tejido graso está ocupado por miles de capilares que necesitan una presión suficiente para que la sangre se mueva a su través. Cuanto mayor sea la cantidad de grasa, más duro deberá ser el trabajo del corazón. Como es lógico, muchas fuerzas influyen en la presión arterial y, dependiendo de estas otras fuerzas, algunas personas delgadas pueden tener hipertensión y algunos obesos tienen una presión arterial normal.

No obstante, al igual que otras muchas generalizaciones relacionados con los factores de riesgo, los promedios en los grupos de personas pesan más que las excepciones individuales los programas de medicina preventivas suelen dirigirse a estos grandes grupos.

El cuadro 1 señala la caracterización de las mediciones en el marco de los señalamientos que hace, la ATS Grupo B Administración Especial de la Generalitat Valenciana <sup>47</sup>.

**CUADRO 1  
VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>HOMBRES</b>		<b>MUJERES</b>	
	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>
≤ 2 años	110	66	110	66
3 a 5 años	114	70	114	68
6 a 9 años	124	78	124	76
10 a 12 años	128	80	130	80
13 a 15 años	136	82	132	80
16 a 18 años	142	84	134	80
<b>PAS: Presión Arterial Sistólica; PAD: Presión Arterial Diastólica</b>				

**Fuente: ATS Grupo B Administración Especial de la Generalitat Valenciana, 2006. p.408**

La sensibilidad de las personas al sodio en la dieta ocasiona poblaciones que tienen presiones arteriales más altas. Estas personas pueden reducir su presión arterial sin necesidad de medicación, reduciendo el consumo de alimentos salados y dejando de añadir sal o glutamato mono sódico a los alimentos insípidos.

En su lugar se pueden utilizar hierbas y especias para mejorar el sabor. Al hablar de hipertensión arterial cuando la presión arterial es igual o superior a 140 mm de Hg de sistólica y/o 90 mm de Hg de diastólica. Si la primera toma es igual o superior a 140/90 mm de Hg, se debe medir la presión arterial por lo menos en tres ocasiones separadas en el tiempo.

Desde este punto de vista, en cada visita se tomará la presión arterial como mínimo dos veces, separadas entre sí por más de un minuto. Estos valores son aplicables para adultos mayores de 18 años. En menores de esa edad se habla de hipertensión cuando las medias sean iguales o mayores al percentil 95 de los niños de su edad.

El sodio retiene el agua en el interior de los vasos sanguíneos y de este modo incrementa el volumen de líquido con la consiguiente elevación de la presión arterial. Muchos médicos prescriben diuréticos para tratar la hipertensión. Estos fármacos estimulan la excreción de agua y de sodio por el riñón con más rapidez y de este modo reducen el volumen de líquido.

En este sentido, el consumo de alcohol es otro aspecto cultural que debe ser regulado ya que más de dos bebidas alcohólicas al día eleva la presión arterial crónica en los grupos y, en algunas personas, la presión se eleva aun con cantidades

inferiores. Esta es una de las muchas razones para reducir al mínimo el consumo de alcohol.

Algunos estudios sobre factores de estrés medio-ambiental, demuestran que algunos pueden elevar la presión arterial no sólo de forma aguda, sino también con carácter crónico. Ostfeld Shekelle (citado por Jenking,) <sup>46</sup>, identificaron 5 procesos que incrementan las probabilidades de que el estrés psicosocial de larga duración produzca un ascenso crónico de la presión arterial: la incertidumbre ante la vida; la falta de experiencia para identificar la respuesta del comportamiento que permite resolver un problema dado; la posibilidad de daño grave; el conocimiento de que ni la lucha ni la huida servirán de ayuda, y la necesidad de una vigilancia mental constante.

Los controladores de tráfico aéreo experimentan cuatro de estos cinco factores de estrés, es decir, todos menos la falta de experiencia. Estos profesionales tienen una incidencia muy alta de hipertensión. El temperamento, según los estudios efectuados en varias regiones industrializadas revelan que las personas sometidas a circunstancias estresantes que se quejan, se alteran y muestran sus emociones tienen menos probabilidades de desarrollar hipertensión mantenida.

Por otra parte, si pueden tener elevaciones agudas de la presión arterial pero sólo mientras expresan sus sentimientos. Los que niegan estar enfrentándose a problemas, los que muestran una ansiedad inferior a la normal y no se quejan cuando

las circunstancias son difíciles tienden a correr un mayor riesgo de elevación progresiva de la presión arterial de reposo.

Las desventajas Sociales o Económicas, como las personas discriminadas y los pobres se enfrentan a una vida llena de incertidumbre, carecen de la experiencia suficiente para resolver los problemas y se ven amenazados por la posibilidad de daño grave; no tiene la opción de huir ni de luchar contra sus circunstancias y deben mantenerse constante y continuamente vigilantes. En resumen, cumplen los cinco criterios de Ostfeld Shekelle (citado por Jenking)<sup>46</sup>.

En otro orden de ideas, la prevención es una estrategia fundamental para canalizar los factores que inciden en la aparición de este padecimiento, la cual debe ir dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo. Ante estas evidencias, es favorable la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión.

Para alcanzar el éxito corresponde educar al paciente, enseñarle los factores de riesgo y la forma en que éstos pueden influir y así contribuir en la prevención de la hipertensión arterial. En algunos de los casos, esto es el único tratamiento que se requiere. Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un

costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados.

Allí, se avizora uno de los factores por los cuales, encuentro en esta investigación, el interés como profesional de la enfermería en adquirir los conocimientos sobre los riesgos asociados a la hipertensión arterial, bajo una condicionalidad que tenga alcance y proyección social, esto se lograría, cuando el personal de enfermería, piense de un modo distinto sobre la intersubjetividad con estas personas que padecen la enfermedad, desde muy cerca de la familia, para resaltar la parte educativa de autocontrol y prevención en la ingesta de alimentos no recomendables y/o hábitos que desequilibran con mayor intensidad la salud de la persona con hipertensión.

#### **2.2.4. Factores Protectores que Inciden en el Control de la Hipertensión Arterial**

Entre estos factores el tratamiento, debe buscarse para reducir la hipertensión. El mantenimiento de Peso Normal para la Talla y la Constitución, en caso de sobre peso, debe reducirse la ingesta calórica e incrementar el ejercicio moderado, ya que existe una correlación directa entre los kilos de peso corporal perdidos y el descenso de la presión arterial en reposo.

La reducción de la ingesta calórica, es la forma más económica de determinar si una persona es o no sensible al sodio, consiste en llevar a cabo una reducción brusca de la ingesta de sodio y ver si la presión arterial desciende. No obstante, en general no resulta muy útil reducir el contenido de sal en la dieta desde 10 veces lo que necesita el cuerpo a sólo 7 veces. Quizás sea necesario reducir el aporte diario a 3 ó 4 veces. Al mismo tiempo, hay que mantener cubiertas las necesidades orgánicas de potasio y de calcio. También hay que tener cuidado en los climas cálidos y cuando existe una sudoración profusa.

Reducir o interrumpir el consumo de alcohol, ya que el alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).

De hecho, incrementar el ejercicio físico diario, con el tiempo, casi todas las personas que caminan o practican deportes experimentan descensos de la presión arterial. El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los baso receptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce

las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial.

La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importantes restringir su consumo. El uso del tabaco, es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina. Los cambios en la dieta, comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia que ayuda a reducir el colesterol.

Tratar de evitar los factores de estrés medio-ambiental enumerados bajo la sección “Factores de Riesgo”. Este enfoque puede llevarse a cabo bien modificando las circunstancias, bien modificando la forma en que dichas circunstancias se perciben o valoran, así como también, descargando la tensión, mediante la expresión de los sentimientos reales.

Practicar ejercicios de relajación diariamente, desde hace más de un siglo se sabe que los sistemas nerviosos central y autónomo son los principales reguladores de

la presión arterial, por los que los tres últimos factores de riesgo enumerados no pueden resultar sorprendentes. Se ha demostrado que varios ejercicios de relajación y prácticas de yoga reducen la presión arterial de forma tanto aguda como crónica, modestamente en el promedio de los grupos, pero más en algunas personas. Debería prestarse más atención a los mecanismos psico-nerviosos naturales para reducir la presión arterial en los grupos de hipertensión moderada que carecen de los factores de riesgo biológicos tradicionales.

Tomar medicamento prescritos por un médico para reducir la presión arterial es un factor protector. En la actualidad existen muchos fármacos antihipertensivos disponibles, con diferentes modos de acción y precios muy distintos.

Tomando en consideración lo antes reseñado, la hipertensión arterial es el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva, y en esas acciones se van asociando significativamente para prevenir que la enfermedad aparezca. Ello implica que la prevención mediante la educación y la modificación de los estilos de vida del paciente siga siendo un desafío para el personal de enfermería y que mediante el trabajo organizado y el predicar con el ejemplo sea el medio para la construcción de hábitos sanos para una vida saludable.

En otras palabras, la persona es realmente quien puede iniciar una gran diferencia entre la salud del corazón, cualquier cambio en los factores de riesgo puede hacer que la vida sea más sana y evitar enfermedades del corazón.

Al respecto Jenking<sup>46</sup> expresa que lo más recomendado para tratar la hipertensión es llevar adelante una terapéutica por pasos, para lo cual es necesario que el especialista vaya probando con el paciente el tratamiento integral necesario. En la mayoría de los casos los tratamientos son de por vida y es muy importante que el paciente tome conciencia de la importancia de seguir las indicaciones para evitar problemas mayores, o sea que se amerita un cambio en la forma de vida donde los valores, las creencias y las costumbres son esenciales en la calidad de vida. En función de lo antes expuesto se manejan algunos elementos que pueden ayudar de manera significativa en los cambio del paciente.

Dieta Hiposódica: el primer paso es suprimir la ingesta de sal o alimentos que la contengan, es importante tener especial cuidado y tomar muy seriamente la dieta. Un 70% de los hipertensos son sensibles a la sal.

Ejercicios: realizar ejercicios en el 15% de los casos puede mejorar la enfermedad. Lo importante es practicar ejercicios isométricos que favorecen a tener mayor vasodilatación, esto ayudará a dilatar las arterías y bajar la presión.

**Bajar de Peso:** el exceso de peso es causa de múltiples enfermedades y una de ellas es el aumento de la presión, por eso es importante cuidarse de la obesidad.

**Diuréticos:** estos medicamentos producen el aumento de la orina, lo que favorece la eliminación de sal y líquidos. Se ingiere mediante pastillas.

**Bloqueantes Beta Adrenérgicos:** la adrenalina produce vasoconstricción, causa del aumento de la presión. Los bloqueantes beta deben ser ingeridos mediante pastillas.

**Inhibidores de la Angiotensina:** hoy se sabe que la angiotensina es una sustancia que está aumentada en la hipertensión y se ha comprobado que si se la inhibe se logra estabilizar la presión, este es un tratamiento nuevo con buenos resultados.

**Bloqueantes Cálculos:** se trata de vasodilatadores que bloquean el calcio responsable de la constricción de las arterias. Presión nerviosa, que no es un mito cuidar a las personas de disgustos porque "le va a subir la presión". Este tipo de hipertensión arterial de origen nervioso existe. Se produce ante una situación de estrés emocional y se puede presentar a cualquier edad.

Lo importante en este tipo de casos es ver si la persona padece de hipertensión reactiva. Aquella persona que ante un disgusto o una situación de estrés emocional le sube desmedidamente la presión, y una vez pasado el conflicto vuelve a los valores de presión normal, sufre de hipertensión reactiva. Lo más recomendado en estos casos es evitar exponer a estas personas a disgustos, tratar que estén relajadas y si es necesario recurrir a un especialista para que le dé tranquilizantes. Por otra parte si la persona una vez que pasa el disgusto continúa con la presión alta, es importante que sea controlado y comience un tratamiento. Si ya lo está realizando, habrá que sumarle a éste, medicamentos tranquilizantes.

En consideración a lo antes expuesto, soy de la opinión que, la enfermería comprometida con su filosofía de aprender siempre para servir mejor, está a la vanguardia de los conocimientos de los cuidados para cada uno de los factores de riesgo y así poder interactuar con la población y ser participe de la labor educativa y social que es la de promover la salud, por medio de valores cónsonos para el mantenimiento de una calidad de vida optimo con el fin de minimizar los casos o mantenerlos controlados por medio de la prevención.

La crisis mundial exige la búsqueda de alternativas tradicionales y no tradicionales para la solución de problemas, para enfrentarla. Es necesario abrir una vía en la que cada persona maneje, bajo su responsabilidad, toda la información, todo el conocimiento que pueda sobre sí mismo y sobre lo que acontece en el mundo que

lo rodea y que decida inteligentemente, con el apoyo del entorno y en este caso específico de los profesionales de la enfermería, tanto su transformación personal como su participación efectiva en la transformación de las personas que asisten dentro de un proceso activo de comunicación.

Se requiere una actitud personal de construcción de nuevos saberes y haceres que correspondientemente adviertan la realidad compleja asociada a la salud y la calidad de vida, por lo tanto es impostergable que lo que se espera en el futuro sobre la profesión de enfermería vaya orientado hacia la construcción de mundos compartidos con el paciente, sobre las bases de autoconciencia, automantenimiento, dominio personal, autoproducción, sentido de posesión y sentido de pertenencia.

#### **2.2.5. Prevención y Reducción de las Complicaciones: Nuevos Significados**

El hombre siempre ha buscado alternativas válidas para el mejoramiento constante de la calidad de vida, sin embargo, eso le ha acarreado una exigencia cada vez mayor en la adquisición de bienes y mejoras del entorno en cuanto a tecnología, forma de vida, entre otros; lo que por otra parte le ha generado estrés y ansiedad por la cantidad de trabajo desarrollado y las preocupaciones ante la posibilidad de no poder cubrir sus necesidades e intereses. Todo este esfuerzo en cubrir sus expectativas de calidad de vida ha contribuido en el padecimiento de una serie de enfermedades, entre ellas la hipertensión.

Al respecto, Espinosa y Málaga <sup>48</sup>, señalan que una consideración importante a tener en cuenta en los espacios saludables de intervención, tendrá mayor impacto si el ámbito comunitario es amplio, y mejor aún, si existen posibilidades de masificar experiencias, donde ellos mismos estén involucrados. Otro de los escenarios atractivos para la implantación de estrategias de formación y comunicación saludable, para mejorar la salud, así como los estilos de vida y los ambientes, es a través de las instituciones educativas, cuando se busca crear una nueva cultura de la salud, donde se le ve el sentido concreto y el valor positivo que tiene como recurso para el desarrollo humano sostenible en el largo plazo.

Añaden los mencionados autores que una propuesta de modelo es que “la universidad se convierta en un verdadero laboratorio para la formación de profesionales con actitudes positivas hacia el trabajo intersectorial, multidisciplinario e integral, en relación con los problemas que afectan el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones”.

Se trata entonces, de avizorar en el campo educativo y particularmente desde la universidad, el compromiso ético con proyectos de naturaleza sanitaria con las comunidades, apoyando diagnósticos participativos donde se identifiquen las iniquidades y desigualdades sociales, se analizan políticas públicas y se propongan algunas de carácter saludable, que se reconozcan los problemas de vida cotidiana de los ciudadanos.

Por otra parte, el mismo autor habla de otros programas de prevención de la enfermedad donde se busca que la población cambie sus malos hábitos, aquellos que han incidido en la formación de enfermedades como la hipertensión, criterio que se fortalece cada vez más, tomando en cuenta que cada año, decenas de millones de personas cambian sus hábitos sanitarios y otros aspectos de su forma de vida. Muchos programas de salud desarrollados en gran número de países demuestran el éxito de los programas de prevención. Como ejemplo esta considerar la espectacular reducción de casi 50% de la tasa de mortalidad cardiovascular registrada en Norteamérica y Europa Occidental desde 1970.

Basado en lo anterior, es necesario acotar que desde mi mirada reflexiva, creo que el Estado Venezolano en los últimos años han fundamentado las Políticas de Salud, especialmente en el valor de las prácticas de Prevención, buscando concientizar a la población sobre aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias y los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables.

En concordancia con lo anterior, coincido con el mencionado autor en la necesidad de mayor promoción de la salud que comprende tanto la transformación de

los comportamientos individuales y familiares como la ejecución de políticas de salud pública dirigida a la comunidad, con el fin de proteger a las personas frente a numerosas amenazas a la salud y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal para potenciar al máximo la seguridad personal, la resistencia del huésped, la vitalidad y el funcionamiento efectivo de cada individuo.

Es necesario resaltar que la prevención requiere de cambios imprescindibles de la estructura del Sistema de Salud, pero sobre todo en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida, de las epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en la población, allí juegan un papel importante los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas en las que basan sus acciones. Estos cambios que debieran a juicio propio enunciarse en principios generales de las acciones de prevención en salud, serían los que podrían conducir a las tareas de prevención por un camino bien encauzado.

Las personas que padecen de hipertensión arterial pueden comunicarse a través del poder de la palabra, con el personal de enfermería para develar situaciones relacionadas con su propia cultura en un interés liberador, hacia la verdadera búsqueda de la calidad de vida asociada con la salud y el auto-reconocimiento de sus padeceres.

### 2.2.6. Hipertensión Arterial: Sentido de Complicaciones

La hipertensión arterial es una enfermedad que afecta a varios sistemas, de manera directa o indirecta puede comprometer a cualquier órgano, aunque en los casos más comunes se encuentran órganos vitales como lo son el corazón, cerebro y riñones; que son los que requieren mayores cantidades de sangre y oxígeno. La hipertensión arterial (HTA) presenta una larga lista de posibles complicaciones entre las que se encuentran:

**Arteriosclerosis:** Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión continuo responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles.

**Enfermedad cardíaca:** Cuando hay un aumento sostenido de la tensión arterial (TA) el corazón se ve sometido a un esfuerzo mayor que el normal y como consecuencia se engrosan sus paredes musculares (hipertrofia) volviéndose más rígido. Por otro lado cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco (las arterias coronarias), el corazón no recibe irrigación insuficiente, lo que produce la llamada cardiopatía isquémica, que va desde la angina de pecho hasta el infarto de miocardio. El resultado final es la insuficiencia cardíaca y la muerte.

**Enfermedad renal:** Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que son consecuencia de la hipertensión arterial (HTA) y sus

complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo disminuye, de modo que si el flujo es menor al normal secretan mayor cantidad de la enzima renina, que produce vasoconstricción generalizada, elevando la TA en un intento de normalizar el flujo renal.

**Accidente vascular cerebral:** Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en los hipertensos y puede producir desde trastornos en la memoria hasta demencia y aún apoplejía, según el tamaño y la zona del cerebro afectada. El riesgo disminuye al tratar la HTA.

**Otras complicaciones:** Además del compromiso de órganos vitales, la HTA compromete otros órganos y afecta la calidad de vida. El daño vascular que genera la hipertensión arterial puede dar lugar a enfermedades derivadas de la mala perfusión que pueden afectar a cualquier territorio, como los ojos (deterioro de la visión hasta la ceguera), las extremidades (dificultad y dolor en la marcha hasta gangrena).

### **2.2.7. Perspectiva Axiológica: Punto de Vista en el Valor Salud**

Desde hace varios años atrás los valores han sido estudiados y analizados desde diferentes puntos de vista; con el fin de dar respuesta al comportamiento del ser humano dentro de la sociedad. Por consiguiente, los valores son considerados pilares

de la conducta, a través de la cual el ser humano actúa de manera asertiva en su entorno.

Señala Litenberg H. <sup>49</sup>, la actuación de aquéllos que identifican sus esfuerzos profesionales dentro la modificación de la conducta, con una profunda preocupación por las implicaciones sociales y éticas de su labor, reflexionan ante la idea de un comportamiento deseable por parte de un ser humano, dentro de un determinado conjunto de circunstancias y factores culturales. Se trata de cuestiones relacionadas con valores filosóficos, sociales, políticos y religiosos, con el significado y la finalidad de la investigación científica y con el mismo sentido de la vida.

En este particular, comparto con el autor mencionado el hecho de que, lo único nuevo que tiene sentido en un grupo de individuos que se identifican como conductistas, es el decreto de cambiar, controlar, manipular el comportamiento humano. No obstante, el correspondiente elixir mágico reside en nuestra propia teoría de aprendizaje y en las técnicas que la originan hacia el enfoque de la justificación del comportamiento que puede ser cambiado de un modo predecible y relevante.

En otras palabras, los valores surgen en la relación práctico-objetal y no en el simple conocimiento de las cosas por el hombre, son el resultado de la actividad práctica del hombre. Aunque las necesidades del hombre desempeñan un papel

importante en el surgimiento de los valores, no implica que la actividad subjetiva haga que los valores sean también subjetivos pues están determinados por la sociedad y no por un individuo aislado.

Según Valero J.<sup>50</sup>, el valor en sentido objetivo, “es una cualidad positiva, la utilidad o la importancia que supone un objeto; y el sentido subjetivo, es el interés, el aprecio, la aceptación que tiene para la persona dicho objeto”. Sin embargo, hay un consenso en que los valores son realidades que le permiten al ser humano ubicarse así mismo en relación con los demás. La vida del hombre está impregnada de valores ya sean positivos o negativos.

Por su parte, es interesante hacer mención a Daft y Marcic<sup>51</sup>, quienes indican que "Las decisiones y el comportamiento ético son típicamente conducidas por un sistema de valores. Cuatro enfoques basados en valores que sirven como criterios para el logro de una toma de decisiones éticas son el enfoque utilitario, el enfoque de individualismo, el enfoque de los derechos morales y el enfoque de justicia". En este mismo sentido, el valor también puede convertirse en determinadas formaciones espirituales, las ideas, las teorías. Pero aún estos fenómenos espirituales siendo subjetivos por su existencia, sólo se convierten en valor en la medida en que se correspondan con las tendencias del desarrollo social.

Para mi, encuentro pertinencia con el hecho de relacionar los factores de salud con los valores dignidad y justicia en el derecho a la salud de los ciudadanos. De tal forma los valores no existen fuera de las relaciones sociales, de la sociedad y el hombre. El valor es un concepto que por un lado expresa las necesidades cambiantes del hombre y por otro fija la significación positiva de los fenómenos naturales y sociales para la existencia y desarrollo de la sociedad.

**Valores Morales:** Los valores morales son primordiales tanto para el individuo como para la sociedad, pues ejercen un efecto de motivación en la orientación del comportamiento que el individuo debe tener en el logro de sus objetivos o metas. Los valores morales orientan la acción humana hacia la búsqueda del bien colectivo y la práctica de las virtudes, como la fe, justicia, amor, esperanza, bondad, prudencia, amistad. En este sentido, la conciencia moral, ayuda al individuo a reflexionar constantemente sobre las consecuencias de sus comportamientos, en base de lo que resulta bueno o justo.

Según Martinelli M.<sup>52</sup>, la moral viene de mos, voz latina derivada de “modus”, que significa medida. Mesura es la medida del alma, por eso la moral es exclusiva de la condición humana. De este modo los valores humanos ayudan a concientizar al individuo la necesidad de practicar ciertas virtudes que favorezcan el desarrollo de la dignidad humana. De la misma manera afirma Lerner de Almea R.<sup>53</sup>, que:

El análisis de los valores morales es oportuno y conveniente a los fines de reorientar la formación de los ciudadanos de la generación presente y futura..., es conveniente realizar investigaciones que determinen la influencia de factores intrínsecos de la sociedad en el comportamiento del venezolano.

Lo anteriormente expuesto, muestra la necesidad de que se revise constantemente como están los valores morales, como se están impartiendo, que se necesita para mediarlos de manera asertiva, es decir, el proveer aprendizajes de valores morales en las personas desde temprana edad requiere de constantes estudios que conlleven a la actualización para medir la eficacia y eficiencia de los mismos en cada experiencia o situación.

Si el ser humano adquiere en su vida valores morales asertivamente arraigados, tiene la posibilidad de construir su propio mundo de manera adecuada, eficaz y efectiva, lo que le proporcionará vivir bien consigo mismo y por ende con los demás. De allí la necesidad de que el hombre crezca en un ambiente donde se les brinde la oportunidad de obtener y afianzar muy bien los valores.

**Tipos de Valores Morales:** Los valores morales rigen el comportamiento del ser humano dentro de su entorno social, la poca firmeza de estos valores en las personas es un asunto lamentable y triste, precisamente por que los hace menos

humanos. Ante esta preocupación Haydon<sup>54</sup>, afirma que las diferencias de significación de los valores no tendría el potencial necesario para vincular conflictos que se pueden alcanzar cuando se unen a otros dos factores particularmente relacionados con un punto de vista religioso.

Uno de ellos es el grado de confianza con el cual se mantienen las convicciones morales. El moralista secular, consciente de la cantidad de personas que pueden diferir de sus valores, siempre puede dejar cierto margen a la posibilidad de que el pensamiento de otros pueda ser correcto.

Sin embargo, el creyente que tiene una fe religiosa incommovible puede tener, por eso mismo, la convicción más fuerte posible de la corrección de determinadas posiciones morales. El segundo factor, consiste en tener la fuerza de motivación suficiente para actuar de acuerdo con los valores que uno reconoce. En parte, éste interactuar con los demás implica la convicción de una fuerte motivación para ello, lo cual los socios con la prospectiva de este estudio, que va hacia términos de contacto con comunidades cuyo valores son parte de su cultura y por tanto pueden intervenir factores de diversa índole, incluso la religiosa.

Los valores relativos a la bondad, como disposición de hacer el bien, de manera amable y generosa, impacta de modo significativo en las relaciones con nuestros semejantes. Las personas bondadosas demuestran respeto ante sus

semejantes y se preocupan por su bienestar, ser bondadoso no quiere decir débil, sumiso o ingenuo, como en ocasiones se tiende a pensar.

Para ser bondadoso se debe mantener una actitud amable, abierta y generosa hacia los demás; mostrar sensibilización ante el sufrimiento de los otros; mostrarse dispuestos ayudar a otros.

**Respecto al valor: Justicia**, éste consiste en conocer, respetar y hacer velar los derechos de las personas, ser justo implica reconocer, aprender y fomentar las buenas acciones y las buenas causas, también implica condenar todos aquellos comportamientos que hacen daños a los individuos o a la sociedad y velar por que los responsables sean debidamente castigados por las autoridades competentes. Para ser justo se debe desarrollar sentido de lo que está bien y de lo que está mal; ser honesto, recto, sobre todo, compasivo y humano; no permitir que se cometan atropellos contra uno mismo, ni contra los demás.

**Respecto al valor: Libertad**, representa la posibilidad que tiene la persona para decidir por si misma, como actuar en las diferentes situaciones que se le presenten en la vida, al ejercer este derecho que poseen los seres humanos, tienen la posibilidad de elegir y decidir entre determinados opciones las que más les convengan, ya sea por su bienestar, como el de los demás. Para ser libres se debe participar activamente, expresar las ideas en la toma de decisiones que afectan la vida

personal, familiar o social, defender la privacidad y no aceptar presiones de nadie para hacer algo que no se quiera hacer o con lo que no esta de acuerdo.

**En cuanto al valor: Honestidad**, es el respeto de los principios morales y el seguimiento de lo que la sociedad considera buenas costumbres, la sinceridad es el principio fundamental del que quiere ser honesto. Lo que quiere decir que la honestidad está relacionada con la sinceridad, significa expresarse sin fingimiento, con sencillez y veracidad, libre de hipocresía y engaño.

La honestidad puede extender hacia tres ámbitos: Hacia uno mismo, hacia los demás y hacia la sociedad en general. Para ser honesto debe: conocerse a si mismo, expresarse sin temor lo que siente o piensa, cumplir las promesas, luchar por las cosas que desea y no perder nunca de vista la verdad.

Así también el **valor Tolerancia**, se define como la capacidad para atender y en ocasiones soportar, aguantar y conllevar un esfuerzo de sacrificio. En otras palabras, tolerar al otro, es decir, respetar su dignidad, reconocerlo como igual. La tolerancia ofrece la oportunidad de describir y eliminar estereotipos y estigmas asociadas con personas a los que se ven diferentes debido a su nacionalidad, religión, patrimonio cultural o cualquier otra característica.

Para ser tolerante debe: Colocarse en el lugar de los otros para tratar de entender sus problemas y su manera de actuar, escuchar sin interrumpir y dar a los demás la oportunidad de expresarse y ver en la diversidad de razas y culturas del mundo, en lugar de motivos de desconfianza.

El respeto, es la base fundamental para una convivencia sana y pacífica entre los miembros de una sociedad, por otro lado, se entiende como la capacidad de preocuparse por los derechos de los demás. Para que el hombre aprenda a respetar, debe ser respetado por parte de sus familiares, padres, y amigos. Cada persona posee características, necesidades e intereses individuales y deben ser respetados por los demás.

Al respecto Argyris C.<sup>55</sup>, vincula los valores con la acción, teniendo en cuenta que en general no se deben violar cuando se planifican acciones adicionales como el encubrimiento para controlar las transgresiones en una organización. Uno de estos rasgos preponderantes, que anuncia este autor se refiere al poco respeto confianza en cuestiones interpersonales, lo cual requiere que el mapa axiológico se describa en términos de la teoría en uso. En el caso de los cinco valores dominantes, debe existir alta coherencia que los directores para guiar sus acciones, aunque exista una brecha relativamente grande entre los valores que defienden y la confianza que guía su conducta efectiva.

Con relación a lo antes planteado, puedo decir, que el respeto conlleva a la aceptación de la manera de ser y actuar de cada uno de los integrantes de la sociedad. Aún cuando no se compartan las mismas ideas. Aunque puede ocurrir una especie de manipulación en la comunicación con el otro, se puede manejar con eficiencia la situación de dominio de un valor sobre el otro, de tal modo de impedir la verificación de predicción en la acción que tratan de cambiar los esquemas de acción como respuesta a la necesidad de transformación.

Esta situación, lo puedo relacionar con la práctica diaria de comunicación con el paciente cuando se le quiere dar a entender que, algunos hábitos que se mantienen en su conducta pueden generar problemas en la salud. Allí relaciono el aspecto de los valores con la acción a tomar. En fin, para ser respetuoso se debe: Tratar a los demás con la misma consideración, con que le gustaría ser tratado y valorar y proteger todo aquello que le produzca admiración.

En cuanto al **valor Solidaridad:** es un sentimiento de comunidad, de afecto hacia el necesitado, de compartir no sólo cosas sino también obligaciones; entre las personas y la responsabilidad recíproca entre cada uno de los miembros. En relación a está, comparto las ideas de Arango M.<sup>56</sup>, en el texto de la solidaridad para resaltar que el trabajo formativo necesario con los pacientes que carecen de hipertensión arterial, tiene que ser un trabajo común, entre el personal de la enfermería y el grupo familiar, por lo tanto predomina el interés colectivo sobre el individual con el fin de

mantener la solidaridad en la mejor disposición de acatar algunas recomendaciones y sugerencias para mejorar la calidad de vida.

Bajo este dominio del conocimiento, el autor señala que el concepto de solidaridad ha tenido varias acepciones de acuerdo con las valoraciones éticas, religiosas o políticas de diferentes autores, pero que, desde el punto de vista de la cooperación, la solidaridad es la responsabilidad contraída por un grupo de personas para presentarse de modo asociativo en su tratamiento.

Es el proceso que surge de las prácticas de la ayuda mutua y la cooperación, como un concepto y un valor que contribuye a la integración de los miembros de una comunidad, bajo el supuesto de la igualdad entre las personas que hacen parte sustantiva en algún evento de trascendencia social. Para ser solidario se debe: reflexionar sobre la situación de todos aquellos menos favorecidos y no cerrar los ojos frente a sus problemas y necesidades.

En cuanto a la **Responsabilidad**, se relaciona con el sentido del deber ser, el estar consciente de las obligaciones y obrar de acuerdo con ellas. Así para que una persona sea responsable debe ser capaz de sentir y entender lo que el otro siente. La responsabilidad garantiza el cumplimiento de los compromisos adquiridos y genera confianza y tranquilidad entre las personas.

Para ser responsable se debe: Reflexionar antes de tomar cualquier decisión que pueda afectar su propia vida o la de otro, asumir las consecuencias de sus actos, responder por lo que hace, tanto si está bien hecho como si no, reconocer los errores que comete y mostrarse dispuesto a repararlos.

Asimismo, **el valor: Cooperación**, se encuentran relacionado con la colaboración y el compañerismo, y se define como la acción que se realiza conjuntamente con otras personas para conseguir un fin. A lo largo de la vida es importante la cooperación, debido a que esta ayuda al ser humano a vencer su egoísmo, orgullo y prepotencia. Además lo hace sentirse autorrealizado. Para ser cooperativo debe: Prestar ayuda a quien la necesita y buscar la solución de problemas con la participación de los demás.

Cada uno de los valores antes mencionados, se encuentran inmersos dentro de los valores morales y se vinculan directamente con la conducta y los actos humanos, donde el individuo los polariza como buenos o malos. El hombre es capaz de reflexionar y analizar sobre sí mismo y buscar la manera de transformar e identificar sus creencias, costumbres y hábitos en positivos o negativos. Es un ser responsable de sus actos y responde ante sí mismo y ante la sociedad donde se desenvuelve.

En este orden de ideas, se requiere la construcción de una sociedad que se identifique con: amistad, solidaridad, compasión, tolerancia, afecto, espiritualidad,

democracia, espontaneidad, visión compartida, libertad, consenso, pensamiento sistémico, aprendizaje en equipo, justicia, capacidad para el trabajo, identidad, autoposición de la razón dentro de una nueva racionalidad, fortalecimiento de vínculos, fortalecimiento de ligaduras personales y comunitarias, concepto de dignidad de la persona humana, relaciones interpersonales, valoración de la belleza, hospitalidad, colaboración, convergencia, confianza en la iniciativa y creatividad de la persona, aceptación de la pluralidad, disminución de las distancias; aprecio del trabajo en equipo, valorización de la comunicación, rechazo al egoísmo, solidaridad contra la competencia, proximidad, que el hombre sea el centro de las cosas, colaboración, servicio, heterogeneidad contra homogeneidad, protección ambiental, respeto de las minorías.

Todo lo anterior contribuye a desarrollar actividades de autodesarrollo, las cuales facilitarán el desempeño particular del ser humano, ayudándole en un cambio progresivo de la percepción, y a su vez va a incidir en la disminución de situaciones de estrés que influyen en la activación de la hipertensión arterial, para lo cual es necesario implementar estrategias, que se presentan a menudo como ejercicios para el libre sueño e imaginación, por lo que no son bien entendidas, llegándolas a considerar como poco serias cuando contrariamente, por sus propias características, son una gran oportunidad para la creatividad, para la improvisación y sobre todo para la acción en cuanto a producción permanente, creatividad que ayudarán a canalizar la condición tan cambiante que caracteriza al mundo actual y al que se avecina, exige el

rompimiento con la idea de pretender prefabricar hombres, pues lo único seguro es lo inseguro. El hombre que se forme en la actualidad debe estar preparado para la incertidumbre, para lo imprevisible.

En este orden de ideas, los valores pueden generar muchos beneficios porque el límite es la capacidad de cada ser humano o grupo, por lo que se espera lograr valorar la importancia de las actividades deportivas, artísticas y de desarrollo en la calidad de vida en los planes y programas del rol del enfermero, así como también cambiar, mejorando las actitudes y las estrategias del trabajo en la atención del paciente, para que ellos sean concientes en la necesidad de cambios en los hábitos, creencias y costumbres con miras a un autodesarrollo personal que le propicie una perspectiva diferente ante la vida, lo que le ayudará a sobrellevar los factores de riesgos que inciden en la Hipertensión Arterial.

No se pretende generalizar sobre otros grupos sociales ni siquiera para los mismos sujetos en otra ocasión posterior pues sólo se describe una situación en un momento determinado como una demostración de las posibilidades de investigación que se abren con ésta. Otras investigaciones podrán revisar, entre muchos aspectos, el nivel de desarrollo de un programa, de una familia no sólo desde el punto de vista cuantitativo, sino como una orientación bajo análisis reflexivo necesario para la búsqueda de cambio tanto en las personas como en las organizaciones. Se espera, por

lo tanto, una revalorización del hombre como centro de toda acción en la búsqueda del mejoramiento de todas sus dimensiones.

En definitiva, Costo A.M. y Almendro C.<sup>57</sup>, concretan el razonamiento acerca de una clara identificación del bien intrínseco de una profesión y el poder acceder a los medios materiales suficientes como para que la actividad se oriente hacia dicho bien intrínseco, por tanto, suscita que los profesionales estén vocacionados.

En el caso de la enfermería y su ámbito la salud, es necesario asegurar un tiempo mínimo para una respetuosa interacción con el paciente y un adecuado acceso a los medios diagnósticos complementarios tal como lo describe su rol profesional atendido en el orden de mejorar la calidad de atención de los pacientes acorde con los valores vocacionales y humanos que centran su personalidad en la interacción en cada uno de los escenarios donde le corresponde cumplir su cometido.

#### **2.2.8. Rol del Profesional de la Enfermería**

La enfermería comenzó como la labor de las religiosas sobre los cuidados a los enfermos, era una tarea de carácter más vocacional que profesional, sin embargo como disciplina de salud surge en la segunda mitad del siglo XIX con las teorías de Florence Nightingale sobre los modelos de cuidados y los métodos para entender la práctica de enfermería.

Es por ello que, se le considera la primera teórica en enfermería y fundadora de la profesión, la cual se caracterizó por aplicar su amplia formación al estudio de la realidad, en particular de esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas; desde su convicción de que la enfermería era “la responsabilidad de velar por la salud de otros”; mereciendo el profundo reconocimiento de haber sido la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería, y de la administración hospital.

En el mismo orden de ideas Balderas <sup>58</sup>, define la enfermería como el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación, esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.

En otras palabras, la enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social, por cuanto esta dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas.

Desde esta perspectiva la labor profesional de la enfermería se ha ido destacando a través del tiempo, muestra de ello es el reconocimiento por parte de diversos organismos a nivel internacionales como lo son: la Organización Mundial de

la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) entre otros, los cuales han examinado siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud, y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones.

En tal sentido en el 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS <sup>59</sup>, plantearon que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, a las familias y a las comunidades, en todas las etapas del ciclo vital y en los aspectos relacionados con la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la recuperación y la rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

Con referencia a lo anterior, otra labor importante de la enfermera en atención a la salud de las personas es la prevención donde los especialistas de la enfermería orientan y facilitan al paciente información valiosa así como actividades necesarias para reducir o eliminar los riesgos en el padecimiento de algunas enfermedades que generan los malos hábitos alimenticios y la calidad de vida, como son los casos del consumo de alcohol, tabaquismo y la ingesta de comida con grasas saturadas,

desbalances entre los renglones alimentarios (carbohidratos, proteínas y vegetales), estrés ocasionado por excesivo trabajo y preocupaciones, entre otros.

Ahora bien, desde el punto de vista de las teorías que sustentan la diversidad de elementos que se integran perceptivamente en las consideraciones del persona con hipertensión arterial, se pueden mencionar la teoría del desarrollo moral

### **2.2.9. Teoría del Desarrollo Moral**

El individuo a lo largo de su desarrollo evolutivo, va adquiriendo una serie de nociones tales como valores, normas, creencias y costumbres que le permiten reconocer, lo bueno o lo malo, correcto o incorrecto, lo que es justo de lo injusto. La moralidad es un sistema de creencias, valores y juicios subyacentes referentes a lo bueno humano de los actos humanos. La sociedad requiere niños que se conviertan en asuntos que acepten un sistema moral de valores y cuyo comportamiento estrellado por principios morales. Según Killen y Hart citados en Gerring R. y Zimbardo P.<sup>60</sup>, la conducta moral e inmoral y situaciones particulares se pueden convertir en materia de un acalorado debate público. Por tanto, los consideración el estudio del desarrollo moral también sea polémico.

En este razonamiento Kohlberg citados en Gerring y Zimbardo<sup>60</sup>, fundamentó su teoría del desarrollo moral el estudio del razonamiento moral, los juicios que las

personas hacen con respecto a los actos que son correctos o incorrectos que situaciones particulares. La teoría de Kohlberg fue influida por las ideas de Jean Piaget en 1965, quien buscó vincular el desarrollo del juicio moral con el desarrollo cognoscitivo general del niño. Desde el punto de vista de Piaget, conforme el niño avanza a través de las etapas de desarrollo cognoscitivo, asigna esos relativamente distintos a las consecuencias de una poco y a las intenciones del actor.

De esta manera, el individuo en su proceso de socialización, va adquiriendo las normas acerca de las conductas que son buenas o malas, así como las acciones que son deseables o indeseables en la sociedad. Este conjunto de normas que sirven para ajustar la conducta del individuo en la sociedad es lo que se denomina moral. La familia como eje fundamental de la sociedad y los docentes cumplen un papel importante de ejemplarizar y estimular los valores que orientan hacia dichas conductas. Es necesario que las familias y los docentes actúen de la manera más idónea, ya que sirven de modelo en el aprendizaje del individuo.

En este sentido, retomo los elementos a los cuales hace referencia este postulados teóricos para sustentar la presente investigación, debido a que abordan el proceso de construcción de juicios o razonamientos morales del individuo a lo largo de su desarrollo. Deduzco en consecuencia que, el desarrollo moral según el autor antes citado, va desde una etapa en que el juicio o razonamiento moral del ser

humano depende de consecuencias externas a él; como castigos, recompensas, halagos y otros hasta una moral consciente de los valores.

En tal sentido, comprendo que los valores son aplicables en su vida cotidiana. Para que el individuo llegue a apreciar los valores, se hace necesario un esfuerzo compartido de construcción personal que conduzca a la elaboración de criterios morales propios, solidarios y no sujetos a exigencias heterónomas.

Desde esta perspectiva, la práctica de la enfermería se caracteriza por el cuidado del individuo, de su familia, del grupo que integra, de su comunidad y de la sociedad en que esta inmersa, es por ello que los enfermeros hacen un abordaje integral del paciente desde lo humano, lo ético, lo interpersonal y lo terapéutico, a partir de allí planifican su labor con el fin de mejorar la salud del paciente, orientar la prevención de las enfermedades o educar en función de evitar los riesgos de enfermedades por hábitos no saludables.

#### **2.2.10. Modelos Teóricos de Enfermería**

*Promoción de la Salud: Nola J. Pender (1994)*<sup>61</sup>

Para el desarrollo del trabajo se fundamentó el estado del arte en función de la conceptualización de la hipertensión arterial como una enfermedad que surge de la calidad de vida del paciente y de sus valores y cultura en el entorno inmediato, lo que

obliga a reflexionar sobre los referentes teóricos que abordan el rol de la enfermera y enfermero ante el servicio que presta a los pacientes con el fin de cotejar y contrastar para construir y co-construir el concepto de cuidado centrado en las dimensiones de interacción, participación y afecto, con el fin de identificar algunas categorías que inciden en el significado de la prevención y beneficios propios de cada una de ellas en la adquisición de valores apropiados para la salud del hipertenso arterial desde las vivencias de los pacientes.

En este sentido Pender <sup>61</sup>, propone un modelo en donde el individuo participa activamente en la toma de decisiones sobre su cuidado en conjunto con la enfermera, teniendo en cuenta elementos cognitivo preceptuales que son modificados por características situacionales, personales e interpersonales.

Desde esta perspectiva, se enfatiza la importancia de la participación de la enfermera, la cual debe tener en cuenta que la primera fuente de información es el paciente, ya que es él, el experto sobre sí mismo, debido a que conoce sus propias necesidades y capacidades aunque a veces lo ignore y es la enfermera quien orientará y facilitará el descubrimiento y promoción del auto cuidado, basándose en la formación de una cultura y valores cónsonos al mejoramiento sustancial de la calidad de vida y el que se lograra por medio de un diálogo permanente sobre las implicaciones de los factores de riesgos.

Según Marriner y Raile <sup>62</sup>, las bases que Pender poseía en enfermería, el desarrollo humano, el psicología experimental y en educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de esta profesión, y al aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) que integra diversos enfoques como la teoría del aprendizaje social de Bandura donde se destaca la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta.

En este sentido la teoría del aprendizaje social incluye las autocreencias como la autoatribución, autoevaluación y la autoeficacia. Además se integra al MPS, el modelo de la valoración de expectativas de la motivación humana donde se establece la conducta irracional y económica. Bajo estas consideraciones, las mencionadas autoras destacan lo siguiente:

El MPS es similar a la construcción del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad (...) porque en el MPS no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria.

En este mismo orden de ideas, la participación desde la experiencia de los pacientes es percibida por el conocimiento y profundización de los factores de riesgos que ellos conozcan, lo que genera su intervención en forma positiva, se inicia con la información pero ésta desafortunadamente no es la mejor, ya que cuando la familia pregunta por el paciente reciben evasivas del personal de enfermería dejando la labor

informativa y de formación de cultura hacia la enfermedad a los médicos tratantes; otros afirman “que en las ocasiones que ésta se dio fue por iniciativa propia y con poco apoyo por parte del personal de enfermería”, además, “el personal de enfermería tiene mucho trabajo y no es suficiente para el volumen de pacientes que hay, por eso la familia tiene que limitarse a desarrollar los cuidados que le remitan al paciente sin profundizarse en el porqué de esos cuidados”.

Es evidente entonces que la participación del paciente en su cuidado hace mucho más humana la práctica de enfermería pues permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su salud y no simplemente el receptor de actividades planeadas por el profesional que lo atiende. Por lo anterior se puede concluir, como lo afirman Barrera y Miranda <sup>63</sup> que la participación permite que el paciente tome parte, en el cuidado apropiándose del mismo, con la orientación del profesional de enfermería. Dicha participación puede hacerse evidente a diferentes niveles que van desde la información y realización de actividades básicas hasta la toma de decisiones, permitiendo el derecho a estar informado, opinar, proponer y rehusar determinadas actividades, procedimientos y tratamientos.

Cabe agregar, que un elemento fundamental en la formación de valores en los pacientes de hipertensión Arterial es el afecto, el cual es definido en el cuidado de enfermería, por Forrest, citado en Domínguez, <sup>64</sup> en su investigación “La experiencia de Cuidar”, en el cual afirma que el cuidar es primero una experiencia mental y

emocional que emerge de sentimientos profundos frente a la experiencia del paciente. Sin embargo para lograrlo es necesario ponerse en la posición del paciente, por cuanto es la fuente para que el sentimiento profundo que le permite a la enfermera poner al paciente primero tanto en sus acciones como en su mente, al actuar en el cuidado emerja. Para ella el acto de cuidar se enfatiza en que el apoyo involucra una actitud de afecto entre la enfermera y el paciente, da relevancia a los sentimientos individuales e innatos del profesional que se reflejan en su actuar frente al paciente.

Al respecto Potter y Perry <sup>65</sup>, plantean que la práctica de enfermería exige que la relación de ayuda caracterice todos los encuentros entre la enfermera y el cliente, "La evaluación del cliente debe ser específica, basada en la estrecha familiaridad con su conducta, su estado clínico y sus reacciones hacia los cuidadores".

Las habilidades de pensamiento crítico promueve en la evaluación sea precisa, lo cual conduce a la revisión de los planes de efectivos y a la interrupción del tratamientos que no han tenido éxito. Tras determinar que los resultados en últimos esperados se han conseguido, la enfermera confirma esta evaluación con el cliente. Si enfermera y cliente están de acuerdo en que los objetivos esperados se han cumplido, la enfermera interrumpe el plan de cuidados.

Para conseguir el objetivo final de que el cliente pueda autocuidarse, la enfermera establece resultados, incluyendo la familiaridad con cliente. Esta actitud

empática que predispone a la enfermera a captar los sentimientos, deseos, intereses y necesidades de la persona que cuida, para vivir en cierto modo su experiencia, sin confundir nuestros propios sentimientos.

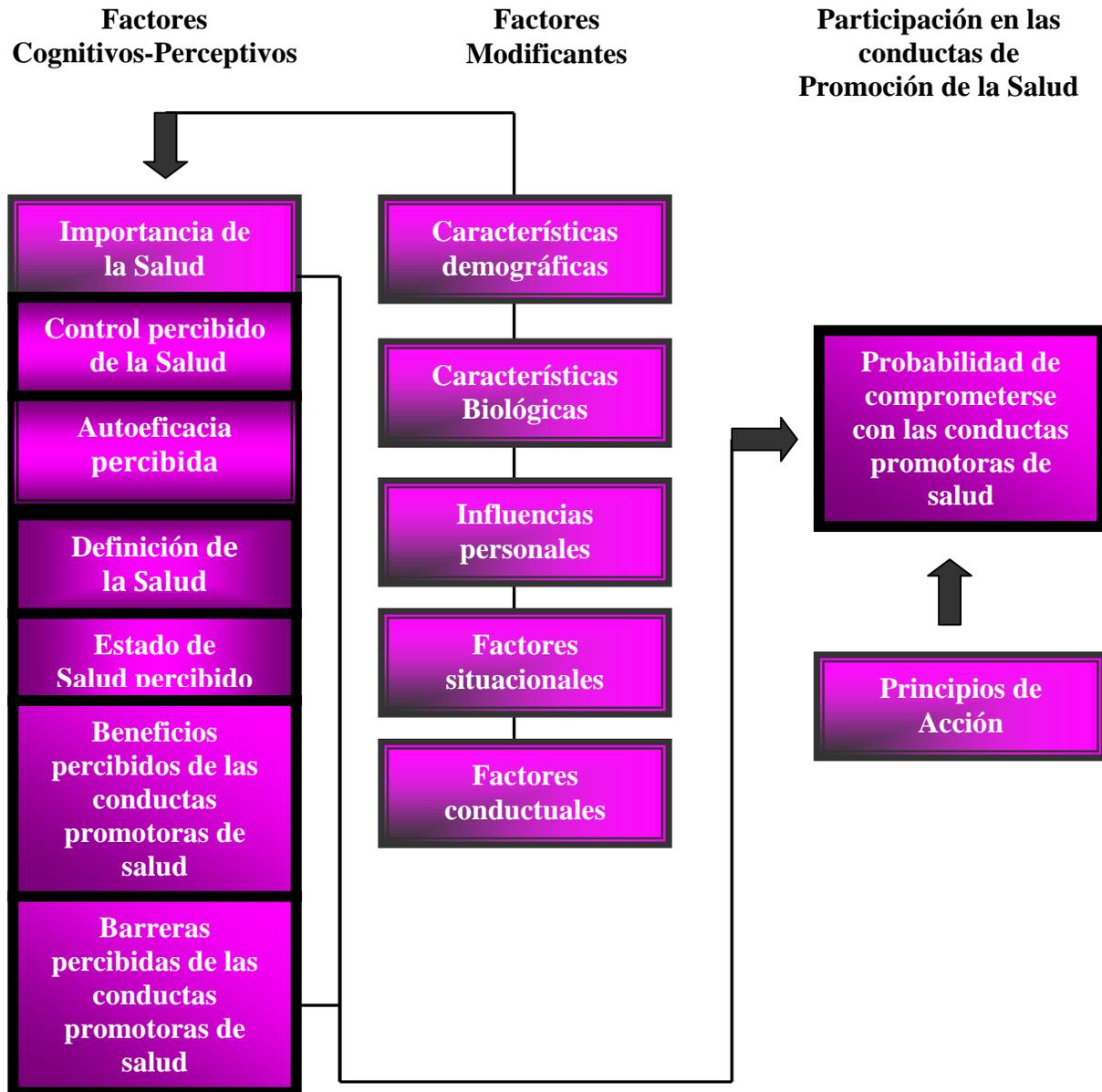
De igual manera Watson citada por Marriner <sup>44</sup> describieron cinco categorías de cuidado de enfermería, dos de ellas se relacionan con el afecto: tratar al individuo como persona, que incluye animarlo para que se involucre en su cuidado, atender a todos sus requerimientos por mínimos que estos parezcan y hacer presencia emocional, lo que va a demostrar preocupación y empatía hacia la persona que se cuida, que genera confianza en el profesional de enfermería.

En definitiva, la falta de logro de un objetivo puede ser también el resultado de un error en el juicio enfermero o de no haber seguido cada paso del proceso enfermero. Los clientes pueden tener problemas muy complejos. La enfermera debe tener siempre fuerza la posibilidad de juzgar mal un fenómeno, un pasado por alto. Cuando un objetivo no se consigue, no importa por qué razón, se repite la totalidad de la secuencia del proceso enfermero para descubrir los cambios que deben hacerse para promover, mantener o reestablecer la salud del cliente.

En definitiva, El MPS, ha servido como marco para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de salud globales y conductas específicas, como el

ejercicio y el uso de la protección auditiva. Según Pender citada en Marriner y Raile<sup>62</sup>, la relación de la revisión de este modelo, trajo consigo diversos cambios.

Uno de ellos se refiere a la importancia de la salud, el control de la salud percibido y los inicios de acción que se eliminaron en este modelo. Además, la definición de la salud, el estado de salud percibido, las características demográficas y biológicas se reclasificaron en la categoría de factores personales. Para ver mejor los detalles, se presenta la figura 1.



**Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender.**  
**Fuente: Marriner y Raile, p. 628**

### ***Enfermera del Déficit de Autocuidado: Teoría de Dorothea Orem***

Los fundamentos teóricos asociados a Orem, son explicados en Marriner y Raile <sup>62</sup>, en relación a su asociación compuesta por muchas enfermeras, quienes aportaron numerosas experiencias formativas a lo largo de los años junto a las contribuciones de estudiantes y otros colaboradores. Aunque esta teoría no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, cita algunos autores entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, entre otros; con quienes mantenía familiarización con dichas fuentes para poder comprender esta teoría.

De esta manera, Orem identificó su visión filosófica como un realismo moderado donde presenta un análisis de las fundaciones metafísicas y epistemológicos, en relación a que los seres humanos son dinámicos, unitarios, viven en sus entornos, y están en un proceso de conversión que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para esta teoría. Sus conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otro de los fundamentos que sugieren el nexo enfermeras-paciente, interpretada en la filosofía kantiana, incluido el imperativo categórico y la fusión de la mente y el cuerpo.

Un aspecto interesante de la teoría se fundamenta, en el concepto de enfermería relacionada con el autocuidado como parte de un estudio sobre la

organización y administración de los hospitales. La interpretación sobre las ciencias enfermeras es eminentemente práctica para entender cómo se recoge e interpretar la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulativamente prácticas, las prácticamente prácticas y las ciencias aplicadas. Orem, identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermeras y las ciencias que sirven de fundamentos.

Para el primer caso, se incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamentos incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y la asistencia humana. Además propone el desarrollo de la ciencia enfermeras aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.

Sus principales conceptos es el de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar al agente, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. Los principales conceptos se identifican seguidamente, de acuerdo con Marriner y Raile <sup>62</sup>, de la siguiente perspectiva:

Autocuidado: consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Los requisitos de autocuidado, constituyen un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Bajo estas circunstancias se considera que un requisito de autocuidado formulado comprende (a) el factor que se debe controlar para que se mantenga en ciertos aspectos del funcionamiento y el desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal y (b) la naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las cuales se emplea el autocuidado y expresan los resultados deseados en decir los objetivos del mismo. Los del campo universal que deben alcanzarse mediante el autocuidado es el cuidado dependiente que tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en

las diversas etapas del círculo vital. Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos siguientes.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la Inter acción social y la soledad.
5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas. Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales, por lo cual se promueven los procesos de la vida y la madurez y previene las condiciones que elimina la madurez o las que mitigar esos efectos.

Por su parte, los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de listados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las

discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

De hecho, las características de la desviación de salud como condiciones que se expande a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras dura. La enfermedad o lesión no sólo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado.

Según esta teoría, las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para (a) controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida) y (b) cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La actividad de autocuidado, se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que le permite conocer y cubrir sus

necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

El agente, es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en el mismo. El agente de cuidado dependiente, en cambio, es el adolescente o el adulto que afecta a subir la responsabilidad de conocer y cubrir las necesidades terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo buen ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

Finalmente un concepto importante incluye la categoría, que se relaciona con el déficit de autocuidado en cuales una relación entre la propiedad de humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la cual las capacidades de este proceso constituyente desarrollado de la actividad no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir con algunos casos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.

Por otro lado, la actividad enfermedad es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para hacer representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo buen ejercicio de la actividad de autocuidado.

El diseño enfermero, se trata de una actividad profesional desarrollada antes y después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones coordinadas a unidades operativas de estructura.

Los sistemas enfermeros, son una serie y secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

El método de ayuda desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará a las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se compromete a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.

En definitiva, las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermeros y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud pueden actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal y enseñar.

Para cerrar este argumento, el investigador considera necesario hacer referencia a los principales supuestos básicos de esta teoría de Orem. A tal efecto, se nombran a continuación:

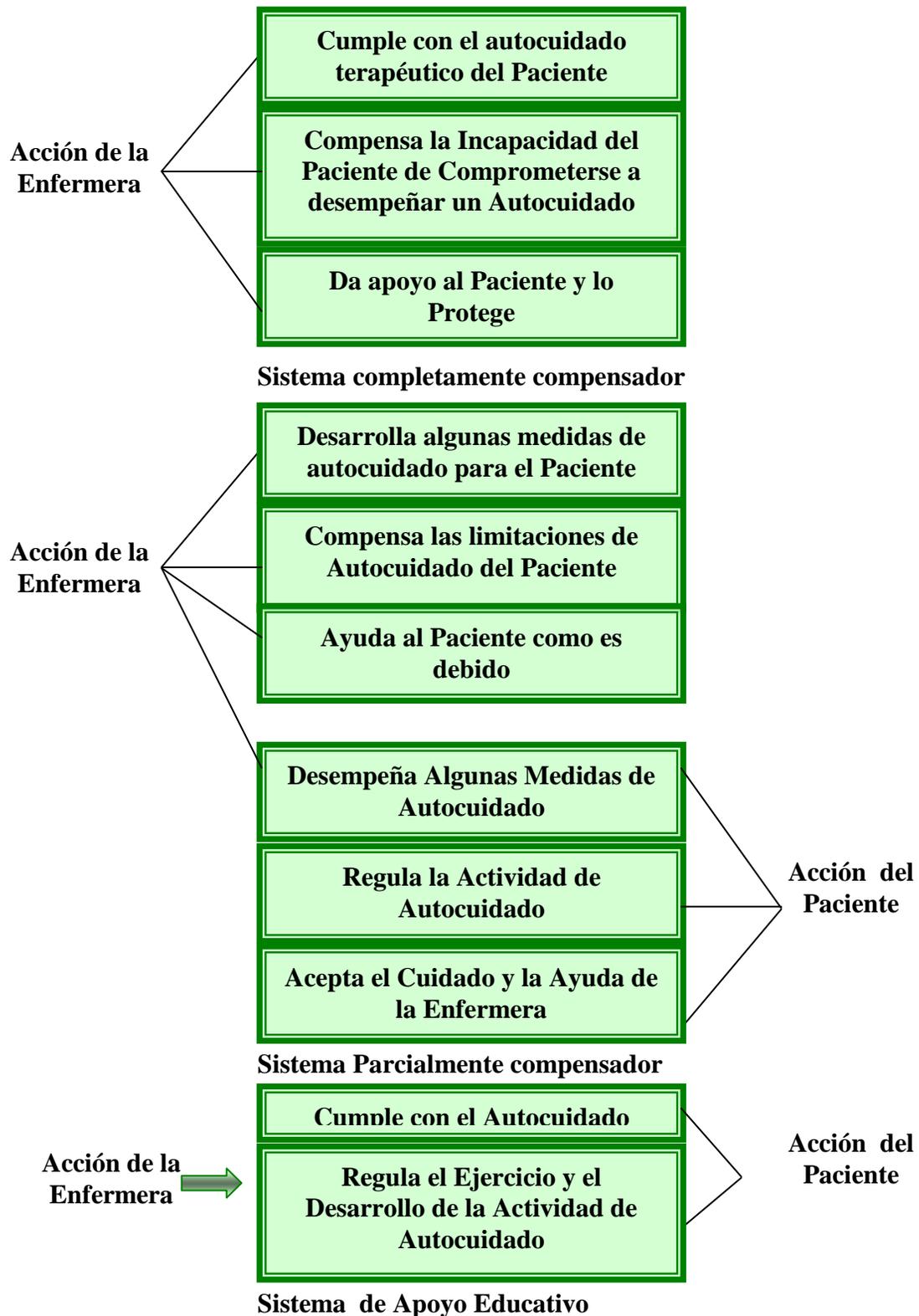
1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de hechos y que su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad debida los estímulos reguladores de las funciones.

4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para los demás.

5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asigna las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás. La situación presentada se esboza visualmente en la figura 2.



**Figura 2. Sistemas Enfermeros Básicos de Orem.**  
 Fuente: Marriner y Raile 68. Pág.195

Como se distingue en la figura anterior, la teoría de los sistemas enfermeros señalan que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros están caracterizados por la acción, diseñados y producidos por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad profesional, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Tal como se muestra en la figura los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, que se constituyen en una unidad de cuidado dependiente, en relación a grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado o de componentes similares o limitaciones semejantes que les impida en comprometerse a desempeñar un autocuidado dependiente.

### ***Cultura de los Cuidados: Mandeleine Leininger***

Esta teoría se basa en las disciplinas de una antropología y la enfermería. Su autora, ha definido la enfermería transcultural como un área central de este campo ubicada en el estudio comparativo y análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias

de la salud, enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Esta situación transcultural a la cual hace referencia la Teoría de Leininger, según refieren Marriner y Raile <sup>62</sup>, va más allá de los conocimientos, y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicarlo congruente y responsablemente. Leininger, a decir de las autoras mencionadas, declara que con el tiempo, habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que refleje los distintos tiempos de enfermería los cuales, definirán y se basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a los individuos, familias, grupos e instituciones.

De esta manera, afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera. Además las personas que conviven en un mundo multicultural, ajustan a la enfermería transcultural sus áreas más importantes y prometedoras del estudio formal y de la práctica así como de la investigación.

Consecuentemente, Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones en este campo y así obtener resultados buenos y eficaces. Por lo tanto, distingue entre la enfermería transcultural y la enfermería intercultural.

La primera se refiere a las enfermeras que estaban formadas en enfermería transcultural que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de este escenario profesional, mientras que la enfermería intercultural se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados, la mayor parte de ellas no están obligadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Desde este entorno de ideas, esta teoría sustenta a la enfermera transcultural como una profesional diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por esta especialidad. De hecho, lo particular de su especificidad ha adquirido una formación competente en sus estudios postuniversitarios donde ha estudiado culturas previamente seleccionadas en profundidad (valores, creencias, estilos de vida, entre otros) y posee muchos conocimientos, además de gozar de una base teórica sobre los cuidados, la salud y los factores del entorno, que tienen que ver con las perspectivas de la enfermería transcultural.

Un aspecto interesante que plantea el desempeño de esta especialidad, se refiere a que la profesional trabaja como una experta de campo, ya sea en la asistencia o como profesora, investigadora o asesora con respecto a las culturas seleccionadas. Por lo tanto, también valora la teoría de la enfermería transcultural con el fin de desarrollar y conseguir progresos en el conocimiento de la disciplina de la enfermería transcultural, que desde el punto de vista de la formación y la práctica enfermera reviste importancia como una teoría nueva y diferente.

De modo que, la teoría de la cual se está comentando, se define como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos. Su autora, Leininger, destaca el descubrimiento creativo de la enfermería acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basadas en estilos de vida según la cultura, para así conseguir una atención enfermera efectiva, satisfactoria y coherente con la cultura.

En caso que las prácticas enfermeras no reconocieran los aspectos de los cuidados culturales, reflejados en las necesidades humanas, se estaría en presencia de unas prácticas enfermeras menos beneficiosas y poco eficaces, e incluso del descontento por los servicios de enfermería, lo cual limitaría la recuperación de la salud y bienestar.

A mi modo de ver como investigador, esta teoría es fundamental ante la diversidad de culturas y el desempeño pertinente de los servicios de enfermería en el marco de las creencias y valores de los pacientes que pueden informar y guiar al profesional a fin de conocer qué tipo de atención sanitaria se le debe prestar. La cultura encierra un modo de vida sistematizado en los valores de las personas que instruye en la toma de decisiones y una postura del paciente ante diversos puntos de vista, sus conocimientos y experiencias, sobre todo aquellos eventos donde sean reconocidos los valores por el profesional de la enfermería, como base para que las acciones éticas realizadas y las decisiones tomadas en el marco de su salud, sean coherentes con la cultura.

Por lo tanto, el cuidado transcultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería, puesto que tienen cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva integral de los hechos, factores, estructura social, condiciones y valores del contexto así como sus expresiones lingüísticas que los modelos que siguen ante la enfermedad.

Es por ello que, resulta imprescindible conocer estos significados del paciente para descubrir cuál es el conocimiento principal que se debe asumir en sus cuidados de la salud y bienestar y consecuentemente guiar las prácticas terapéuticas enfermería. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva o deductiva, y provienen tanto de dentro como de fuera del conocimiento.

No obstante, Leininger citada en Marriner y Raile <sup>62</sup>, anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o cultura, ya que éste tenga mayor credibilidad. La teoría no tienen porque ser necesariamente intermedia de una gran teoría, aunque sí se debe interpretar de manera integral como un campo específico de interés, en tanto su pertinencia cultural para aplicar los cuidados de la enfermería.

Concretamente, Leininger está a favor de los métodos cualitativos etnológicos, en especial de la etno-enfermería, con la cual se pueden estudiar. Los cuidados del persona con métodos que están dirigidos al descubrimiento de la verdad, los puntos de vista, las creencias y los estilos de vida sistematizado de las personas, la etnociencia asociada a los etnométodos más rigurosos que se han mostrado en antropología para alcanzar el conocimiento enfermero, se centran en el estudio sistemático y en la clasificación de las creencias, valores y prácticas de los cuidados enfermeros sobre los valores reales de los cuidados, la salud y los factores externos.

Si bien la enfermería viene usando los términos cuidado y prestación de cuidados, sus definiciones y usos han sido siempre valorados y se han utilizado como clichés sin darles un significado específico a la cultura del paciente o de la enfermera. Es más bien, los conceptos relacionados con la prestación de cuidados que han sido los menos comprendidos y reconocidos en todo conocimiento humano en las áreas de investigación dentro y fuera de la enfermería.

Por consiguiente, la situación planteada en esta teoría transcultural basada en las creencias internas, permiten mayor aproximación con el paciente en los cuidados básicos orientados en la persona, ya que se trata de información facilitada directamente por ellos y no por las creencias y prácticas externas de los investigadores. El propósito de la teoría transcultural viene a ser el descubrimiento de los puntos de vista culturales, o bien los puntos de vista internos de las personas acerca de los cuidados, dependiendo de lo que se centra, crean, y cómo practiquen los cuidados para que posteriormente usar este conocimiento con la adecuada profesionalidad a fin de guiar las prácticas de cuidados del paciente.

En consecuencia el objetivo de esta teoría, no es otro que el de proporcionar cuidados, de la toma de decisiones responsables, coherentes con la cultura, y que encarnan con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida del paciente. Leininger considera que el conocimiento y las prácticas específicas basadas en los cuidados culturales deberían hacer una distinción entre la enfermería y el resto de las disciplinas.

La primera razón para ello sustenta la idea que los cuidados deben ser vitales en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos. La segunda razón, es porque se quiere explicar y entender a la perfección el conocimiento cultural y los papeles que desempeñan los prestadores de cuidados y los pacientes que los reciben en las diferentes culturas, por lo cual se podrá ofrecer cuidados que sean coherentes

con la misma. La tercera razón es el descubrimiento del conocimiento y uso de éste para fomentar la recuperación de la salud y el bienestar de los pacientes, para afrontar la muerte o para asegurar la preservación de las culturas humanas a través del tiempo.

Asimismo, la cuarta razón es la profesión de enfermera asociada a los cuidados sistemáticos desde una perspectiva cultural amplia y holística, con el fin de descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y bienestar como conocimiento de la enfermería. Leininger piensa que los cuidados son un fenómeno principalmente elusivo y que a menudo se haya arraigado al estilo cultural de vida y a los valores.

Sin embargo, este conocimiento constituye una base sólida para que las enfermeras guíen sus prácticas y consigan así cuidados coherentes con las culturas y métodos terapéuticos específicos para preservar la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud o ayudar a los pacientes a afrontar la muerte. Una proposición importante de la teoría se asocia con obtener el significado completo de los cuidados culturales, se podrá predecir el bienestar, o la salud de las personas familias y grupos, por lo tanto, es una oportunidad para ofrecer cuidados que sean coherentes con la cultura. Desde esta perspectiva, los principales conceptos y definiciones de esta teoría tienen que ver con:

**Cuidados (sustantivo)**, el cual hace referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia apoyo y autorización

o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida.

**Prestación de cuidados (gerundio):** se refiere a las acciones o actividades dirigidas a ayudar, apoyar y capacitar a otras personas o grupos que presenta la necesidad evidente o prevista de una mejora del estado de salud, del modo de vida por el momento de afrontar la muerte.

**Cultura:** hace referencia a los valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en grupos específicos de personas, que guían los, pensamientos precisiones y acciones de éstos en un modo sistematizado.

**Cuidados culturales:** sobre valores, creencias y modos de vida sistematizado que se aprenden y transmiten subjetiva y objetivamente para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a otras personas o grupos a que conserven su bienestar o su salud, mejoren su condición humana y modo de vida, o para que sepan afrontar una enfermedad impedimentos físicos o mentales o la misma muerte.

Diversidad en los cuidados culturales: se asocia a las variables y/o, diferencias de los significados modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados colectivos relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: se refiere a la similitud, o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de asistencia apoyo, facilitación y capacitación para ayudar a las personas.

**Enfermería:** es la profesión y la disciplina humanista y científica aprehendida que se centra en los fenómenos que las actividades de los cuidados, para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas con grupos a que se conserve no recuperen su bienestar, de un modo culturalmente significativo y beneficioso.

**Concepción del mundo:** se refiere a la forma en la cual las personas tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen un punto de vista sobre sus vidas o el mundo que le rodea.

**Dimensiones culturales y de la estructura social:** hacen referencia a los modelos y características dinámicas de los factores de estructura y organización relacionados entre sí en una cultura determinada, incluyendo valores y factores de la etnohistoria, como la religión, parentescos política, economía, educación, tecnología y cultura.

**Contexto del entorno:** da cuenta de los hechos, situaciones y experiencias determinadas, que otorga significado a las expresiones interpretaciones e

interrelaciones sociales, en especial en escenarios físicos, ecológicos sociopolíticos o culturales.

**Etnohistoria:** comprende, los hechos momentos y experiencias pasadas, de los individuos grupos o instituciones que se centra principalmente en las personas (etno), y describen explicar e interpretan los modos de vida humanos en un contexto cultural específico y durante periodos cortos por largos del tiempo.

**Sistema de cuidados genéricos (tradicionales o populares):** hace mención al conocimiento y a la habilidad indígenas (tradicionales) y populares (caseros) a aprendidos y transmitidos, que se usan para facilitar las acciones de asistencia apoyo capacitación y facilitación, para con otra persona, grupo o institución.

**Sistemas de cuidados profesionales:** indicar los eventos de cuidados de la salud, enfermedad, bienestar y el consiguiente conocimiento y actitudes que prevalecen en las instituciones profesionales, en las cuales normalmente hay un personal docente mutidisciplinario que se encarga de la atención a los pacientes.

**Salud:** significa el estado de bienestar que se definen, valora y práctica culturalmente, además de reflejar la capacidad de las personas o grupos de realizar sus actividades diarias bajo un modo de vida culturalmente específico, beneficioso y estructurado.

**Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales,** indica las acciones o actividades profesionales de asistencia apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar su bienestar.

**Adaptación o negociación de los cuidados culturales:** pertenece a las actividades creativas profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a adaptarse.

**Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales:** tiene relación con las acciones o actividades profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación, que ayudan a los pacientes a reorganizar cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos modelos de atención sanitaria.

**Cuidados (enfermeros) coherentes con la cultura:** son las acciones o actividades profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación comunicativa que se han diseñado de forma específica para que encaje en polos valores, creencias y modos de vida culturales de las personas, grupos o instituciones, con el fin de ofrecer podrá apoyo a una atención sanitaria o servicios para el bienestar de las personas.

En definitiva los principales supuestos de la teoría de Leininger, se distinguen en los siguientes puntos:

1. Los cuidados son la esencia de la enfermería y constituyen un objetivo distintivo, dominante primordial y unificador.
2. En los cuidados (prestación de cuidados), son vitales para el bienestar la salud, la recuperación de la salud, el crecimiento y la supervivencia.
3. Los cuidados culturales forman el medio holístico, más amplio para saber, explicar interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermeros.
4. La enfermería es una disciplina y una profesión de los cuidados transculturales, humanística y científica, cuyo principal objetivo es servir a los seres humanos de todo el mundo.
5. Los cuidados (prestación de cuidados) son imprescindibles para curar y recuperar la salud.
6. Los cuidados culturales se componen de conceptos, significados, expresiones modelos y procesos, y las formas estructurales de los cuidados son diferentes de (diversidad) o similares a (hacia lo común o lo universal) el resto de la cultura del mundo.
7. Cada cultura humana tiene conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos y normalmente conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales que varían de forma transcultural.

8. Los valores creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados e incluidos por los contextos, del punto de vista del mundo lengua, religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), (política o ley), educación economía, tecnología, etnohistoria y en torno de una cultura en particular.

9. Los cuidados enfermeros basados en la cultura que son beneficiosos saludables y satisfactorios, contribuyen al bienestar de las personas familias, grupos y comunidades dentro el contexto social.

10. Los cuidados enfermeros coherentes con la cultura o beneficiosos sólo serán cuando la enfermera tiene conocimientos y hace uso adecuado y coherentemente de los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales de la persona, familia, comunidad o cultura con los pacientes.

11. Las diferencias y similitudes de los cuidados culturales entre un profesional de la salud y un paciente que reciba la atención sanitaria existen en todas las culturas del mundo.

12. Los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros coherentes con las creencias, valores y su propio modo de prestar cuidados mostrarán signos de conflictos culturales, inconformismo, estrés y dilemas éticos y morales.

13. El paradigma cualitativo proporciona nuevas vías de conocimiento y diferentes alternativas para descubrir las dimensiones epistemológicos y ontológicas de los cuidados transculturales humanos.

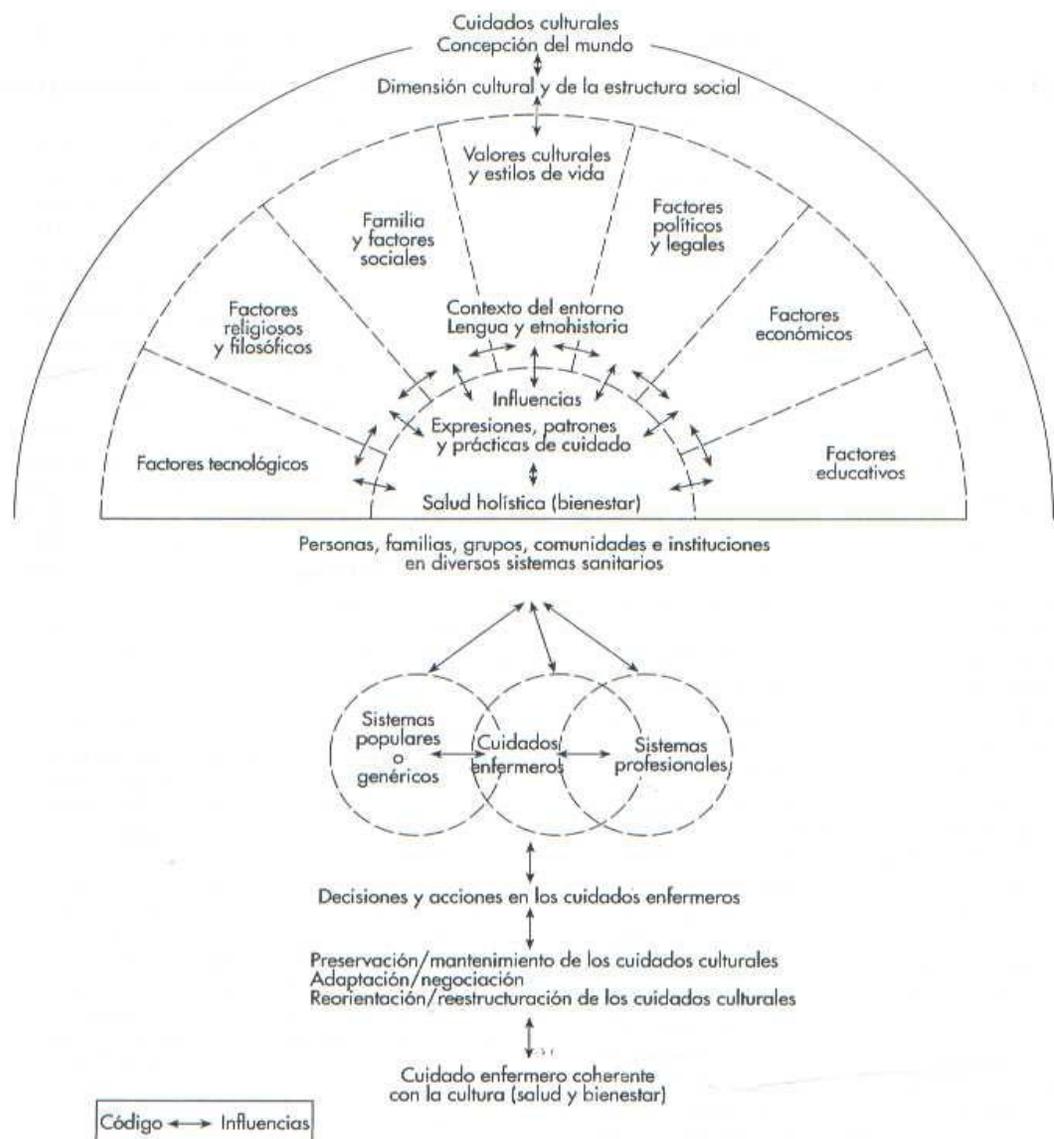
En concreto, puedo decir, investigador que la situación de los cuidados transculturales enfermeros a los cuales hace referencia esta teoría, son de interés específico para estimular conocimientos dentro del campo de la investigación cualitativa que permite identificar el bienestar de los pacientes cuando son atendidos en sus cuidados culturales, valores, creencias, costumbres y prácticas.

Lo anterior viene a representar un eje axiológico visto desde la cultura para intervenir en la práctica de la enfermería hacia la búsqueda de mejores signos que contribuyan a la salud y el bienestar de los pacientes, en específico, esta situación la asocio, con los cuidados de los pacientes con hipertensión arterial.

Por lo tanto expongo, desde mi opinión, que los valores y práctica de auto cuidados para esta enfermedad, deben ser considerados a la luz de nuevas prácticas que muestren signos relacionados con las creencias y modos de vida de los pacientes a fin de considerar mejores resultados de sus salud vinculados a la cultura que practican, es decir una realidad etnoenfermería que pudiera contribuir con mayores signos interpretativos para disminuir el conflicto cultural y estrés entre el profesional del enfermería y los pacientes con hipertensión arterial.

Para cerrar la idea sobre esta Teoría Transcultural de Leininger, se revisa el propósito importante que le asigna prioridad a los aspectos de documentar, saber, predecir y explicar sistemáticamente, por medio de la información de campo

conseguida, que es particular y que es universal en los cuidados genéricos o profesionales de las culturas que se analiza en los componentes del modelo del sol naciente, según el reflejo interpretativo de la Figura 3.



**Figura 3. Modelo del Sol Naciente de Leininger.**  
**Fuente: Marriner y Raile (ob.cit.), p. 514**

El modelo del sol naciente describe a los seres humanos como entes que no pueden separarse de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno lo cual viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger.

La dimensión biológica, emocional y cultural se estudiaba una perspectiva holística, por lo cual no se fragmenta ni se separan de los cuidados de atención al paciente. La creación de la teoría, teniendo como base este modelo puede producirse en varios niveles, amor pequeña escala, con personas en particular, por ejemplo en el caso de los pacientes con hipertensión arterial, o bien al estudiar a grupos familias o comunidades, del entorno social.

El modelo de Leininger, resulta interesante para esta investigación en la obtención de conocimientos sustanciales con aplicación a situaciones prácticas como es el caso de los pacientes con hipertensión arterial, con criterios cualitativos, de la información, que reviste características de credibilidad, confirmación significado en el entorno, saturación reestructuración y posibilidad de transferir, los criterios cuantitativos no debería usarse en este caso.

### 2.3 Teoría de la Incertidumbre de Mishel

Otra teoría que fundamenta la investigación es la de Mishel (1998) que creó la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, en función de la cual se han llevado a cabo amplias investigaciones sobre las experiencias en incertidumbre de las personas que padecen enfermedades crónicas o que amenazan la vida, en las que se resume y examina de forma exhaustiva el estado actual de la ciencia, donde la mayor parte de los estudios empíricos se han centrado predominantemente en dos de los antecedentes de la incertidumbre: el marco de los estímulos y las fuentes de estructuras, además entre la relación entre la incertidumbre y las consecuencias psicológicas.

Con referencia a lo anterior Mishel M. H. <sup>66</sup> analizó otros elementos del modelo, como los papeles mediadores de la evaluación de la situación y el intento de sobre llevarla, al comienzo de su programa de investigación. Sin embargo, estos elementos del modelo con capacidad cognitiva, ya que anteceden a la incertidumbre, no han suscitado tanto interés en el campo de la investigación.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, esta autora atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman citados en Torres y Sanhuesa <sup>67</sup> sobre estrés, valoración afrontamiento; lo cual es exclusivo de Mishel, es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la

enfermedad. Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados, todos, fenómenos motivados por la falta de información y conocimiento.

De esta forma, si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro, Isla X.<sup>68</sup>.

De acuerdo a lo anterior, el modelo de la incertidumbre frente a la enfermedad está basado en los siguientes supuestos:

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.
3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del

afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.

4. La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

### *Elementos Conceptuales del Modelo de Mishel*

1. Antecedentes de la incertidumbre: Definidos a través del marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura.

2. Autovaloración de la incertidumbre: Con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión.

3. Afrontamiento: Que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege.

De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida.

Se ha demostrado en varios estudios que los indicadores objetivos y subjetivos tanto de la amenaza de la muerte como de la sintomatología de una enfermedad están, sin lugar a dudas, relacionados con la incertidumbre. De modo similar, la ambigua naturaleza de la sintomatología de la enfermedad y la consecuente dificultad para determinar la significación de las sensaciones físicas a menudo se han identificado como fuentes de incertidumbre.

A partir de los modelos teóricos presentados relacionados con la Promoción de la Salud y del Nivel de Incertidumbre frente a la enfermedad, se puede concluir que es necesario aportar mucho más conocimiento en este campo, ya sea generando nuevos conocimientos sobre el comportamiento del enfermero y enfermera ante el paciente o la verificación empírica de los mismos, ambos con la finalidad de contribuir a que su atención y los recursos destinados a los programas de cuidado, no sólo se fundamente en los aspectos biológicos de la enfermedad (modelo biomédico), sino que tiendan a un mayor desarrollo del modelo integral bio-psicosocial.

Al mismo tiempo, el conocimiento de los diferentes modelos y la cuantificación del efecto de cada una de las variables componentes de la incertidumbre frente a la enfermedad y su repercusión en el significado de la prevención por parte del paciente, lo que permite al enfermero y enfermera otorgar una atención integral, donde se puedan reconocer en sus pacientes los signos y síntomas críticos que dificulten el afrontamiento y la adaptación en desmedro de la

calidad de vida, y la disminución de los factores de riesgos ante el padecimiento de la enfermedad; determinando a la vez en qué momentos de la etapa del proceso las intervenciones son más efectivas y oportunas, proceso que permitirá ayudar a satisfacer no sólo las necesidades integrales de individuo sino de su propio contexto social.

En numerosos estudios se ha visto el efecto negativo que provoca la incertidumbre en las consecuencias psicológicas, como podría ser la ansiedad, la depresión, la desesperación y los trastornos psicológicos. También se ha comprobado que la sensación de la incertidumbre influye de modo negativo en la calidad de vida, en la satisfacción por el servicio sanitario y en el mantenimiento de las propias actividades de auto-cuidado de los familiares que tienen a su cargo un enfermo.

Así mismo Mishel <sup>68</sup> conceptualizó de nuevo la teoría de la incertidumbre para adaptar las reacciones frente a la incertidumbre con respecto al concepto de tiempo en personas con enfermedades crónicas. Se amplió la teoría original para aportar la idea de que puede que no haya una solución contra la incertidumbre, pero el individuo tiene que aceptarla como parte de la realidad en que vive.

En este contexto, la incertidumbre se reinterpreta como una oportunidad y provoca un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad. Con el fin de adoptar este nuevo modo de ver la vida, el paciente debe confiar en los recursos

sociales y en el personal sanitario, los cuales también deben optar por la creencia en la probabilidad. Si la incertidumbre se acepta como una parte más de la vida, ésta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca múltiples oportunidades para alcanzar el buen estado de ánimo de los enfermos.

La re-conceptualización de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad se ha visto respaldada sobre todo por estudios cualitativos realizados a personas con enfermedades crónicas o mortales. El proceso de formulación de un nuevo enfoque de la vida fue descrito por mujeres que padecían cáncer de mamá y enfermedades cardíacas como: el replanteamiento de la perspectiva de la vida, nuevos objetivos en la vida, un modo diferente de vivir en el mundo, convivir y madurar con la incertidumbre y una forma diferente de organizarse la vida.

En estudios realizados con hombres que sufrían enfermedades crónicas y con seis cuidadores, el proceso se describió como: un cambio en la identidad de uno mismo y nuevos objetivos de vida, el replanteamiento de que es lo verdaderamente importante, la meditación y la auto-estima, la interpretación de la incertidumbre como una oportunidad, la redefinición del concepto de normalidad y el planteamiento de nuevos sueños.

## **2.4 La Fenomenología y Método Fenomenológico según Husserl.**

La fenomenología es entendida como el análisis descriptivo de vivencias intencionales. Debe tenerse presente que las vivencias intencionales se estructuran en partes y aspectos, de tal modo que la tarea fenomenológica consiste en sacar a luz esas partes, y en describirlas; en descomponer estos objetos de la percepción interna para así poder describirlos adecuadamente, San Martín.<sup>69</sup>

Como ciencia la fenomenología indaga sobre la conciencia, estudiando diversas representaciones de las experiencias, con sus incidentes y la impresión que se desarrolla a partir de la percepción; es decir, aquello que surge paralelamente a las mismas experiencias- En ese indagar se busca lo que permanece, lo que no varía, la esencia.

La fenomenología no parece tratar de la realidad sino de la representación de la realidad, así parece ser desde el momento en que la propia fenomenología exige prescindir de la realidad, de la naturaleza, del mundo objetivo. La fenomenología devela el estilo fundamental, o esencia de la conciencia del dato inmediato anterior a toda tematización científica, que es la intencionalidad. En lugar de la tradicional conciencia que ingiere o digiere el mundo exterior, la fenomenología revela una conciencia que no es nada, salvo una relación con el mundo. Husserl E.<sup>70</sup>

La Definición etimológica del término fenomenología proviene del griego, fainomenon: apariencia, manifestación, hecho, fenómenos y lógos: tratado. Es decir que la fenomenología es el tratado acerca de los fenómenos.

La palabra Fenomenología fue empleada inicialmente por J. H. Lambert en sus *Neues Organon* (nuevo órgano, 1764). Después la utilizan Kant, Hegel y W. Hamilton, E. Von Hartmann y otros. Su alcance es muy distinto en cada uno de estos autores, aún cuando ninguno la emplea para significar un método especial y determinado de pensamiento.

Edmundo Husserl (1859-1938)<sup>70</sup> es quien primeramente introduce la palabra Fenomenología en este sentido. Sus concepciones metodológicas ejercieron un influjo decisivo sobre la filosofía europea, y en menor parte sobre la americana.

El desarrollo del método fenomenológico de Husserl fue lento, a lo largo de sus investigaciones filosóficas no hubo un resumen claro, ni la determinación de las reglas fundamentales para él. Pueden encontrarse en su obra la intercalación de algunas consideraciones metodológicas<sup>70</sup> que no son fáciles de entender, aún más cuando se conoce que en Husserl la palabra Fenomenología, significa al la misma vez, un método y una doctrina.

En el periodo de las guerras mundiales se forma en su entorno una escuela representativa (M. Scheler y E. Stein y otros). Posteriormente, con algunas modificaciones, pasa a manos de los filósofos de la existencia constituyendo en la actualidad el procedimiento más importante dentro de esta escuela (Gabriel Marcel, M. Heidegger, Jean Paul Sartre ). Dado las creencias del espíritu en general han sido influenciados en diferentes países sobre todo en Alemania, Francia e Italia, por los existencialistas, este método fenomenológico a pasado a ser de gran importancia. Incluso pensadores independientes como M. Hartmann se sirve de esta. Se piensa que el método fenomenológico es de suma importancia en el continente europeo, pero menos empleado en la filosofía norteamericana e inglesa.

El intento fenomenológico por establecer las creencias o supuestos de la conciencia pura como posición obligatoria de toda explicación de realidad, ha surgido casi lógicamente por la exigencia de una filosofía de los “a priori” significativos de la conciencia. La perspectiva fenomenológica va dirigida a esclarecer escenarios que hacen posible el conocimiento de lo trascendental que hay en toda definición de realidad, mostrando como esos escenarios son parte de la realidad y simultáneamente son integrantes de la actividad de la conciencia.

Husserl asume que los hombres están a diario en relación directa con el mundo, de manera libre con la realidad exterior, en un constante conocimiento que tiende a ver las cosas como aparecen en su estado natural y "simplemente ahí, ahí

delante en sentido literal o figurado."Husserl<sup>70</sup> y es así como se inicia el análisis de la actitud natural.

Él parte de que primero lo real se presenta de modo inconsciente, contiguo, allí donde existen maneras distintas de percibir, unas veces susceptibles al campo de la conciencia. Sin embargo, no siempre la realidad que está delante entra en ese campo, en ocasiones existen cosas que aún cuando están no son percibidas como tal, están ahí, existen pero no las estoy tomando en cuenta conscientemente.

Se pueden mencionar como carácter esencial, que el método fenomenológico consiste en una visión intelectual del objeto basada en una intuición que se refiere a lo dado, es un procedimiento especial de conocimiento.

Se habla de una regla principal de la Fenomenología, la cual sostiene *el tender hacia* las cosas mismas (entendiéndose por cosas lo dado). Esto requiere, una triple eliminación o reducción, llamada epojé (el conocido poner entre paréntesis):

- Reducción de todo lo subjetivo: la postura ante el objeto debe ser puramente objetiva.
- Reducción de todo lo teórico, hipótesis, demostraciones u otra cualquier forma de saber ya adquirido, de manera que tan solo entre en cuestión lo dado.

- Reducción de toda tradición , es decir , de todo aquello que se ha venido enseñando hasta el presente sobre el objeto:

Se habla de llevar a cabo una doble reducción en el mismo objeto dado.

- Hay que dejar de lado la consideración de la existencia de la cosa y centrar la atención exclusivamente en torno a la quiddidad (¿qué es?, ¿qué cosa?), a lo largo de lo que el objeto es.
- Hay que separar en ese qué es, qué cosa, o quiddidad; todo lo agregado y analizar sólo lo esencial, es decir, la esencia de la cosa.

### **Fases del Método Fenomenológico:**

Existen tres fases o tres momentos que han de sucederse en este método de la intuición de las esencias, o también conocido como el método de la ideación fenomenológica o método de la abstracción ideatoria.

*El primer Momento o Fase: La actitud natural:*

Cuando se habla de actitud natural se dice que el mundo es el conjunto de las vivencias, bien sea de las vivencias percibidas, las recordadas, soñadas, intuitas, etc., las cuales a su vez han constituido en su momento lo percibido, lo soñado, lo recordado. Esa realidad próxima, circundante está constituida de todos y cada uno de los conocimientos espontáneos de la conciencia, de esas experiencias por las

actuaciones del yo que hacen del mundo una vivencia, siendo a su vez el contenido propio que le es inseparable. Encontramos que para la actitud natural el mundo y la realidad se dispone como contenidos trascendentales, estructuras que la conciencia narra luego de descubrirlas a través de los sentidos y de mostrarse en función de los actos.

“La fenomenología de Husserl pretende reconstruir un sujeto racional que sea a la vez sujeto del mundo y objeto del mundo” San Martín <sup>69</sup>

Si se intenta descubrir fenomenológicamente la esencia de algo, es necesario:

- a) Partir de un recuento concreto e individual.
- b) En este hecho singular hay que observar con atención todo tipo de cualidades, de elementos que propiamente lo constituyen, es decir, recibir fielmente, del modo más natural, el fenómeno tal como se da, pues el principio de todos los principios de la Fenomenología es : "recibir todo lo que se ofrece originalmente en la intuición tal como se ofrece".

*El segundo Momento o Fase:* la reducción eidética (paréntesis fenomenológicos):

En la segunda fase del método se abandona esta actitud natural:

- a) es cuando se practica una especie de selección entre los elementos esenciales y los accidentales.

b) Cuando se prescinde de toda las circunstancias empíricas que pudieron no haberse dado.

c) Esta exclusión de elementos no esenciales esta " puesta entre paréntesis", por decirlo así de los que no interesa para captar la esencia, afecta a todo posible prejuicio que puede enturbiar el proceso gradual de selección encaminado a destacar exclusivamente las notas esenciales o eidéticas .

d) Por tal motivo, quedan dentro del paréntesis fenomenológico las leyes de todas las ciencias (de la naturaleza, del espíritu y hasta la lógica pura).

e) Por un momento se duda metódicamente de todos los principios (epojé fenomenológica), pues "no hay que interesarse mas que por aquello que se puede hacer esencialmente evidente en la conciencia misma".

f) El resultado de esta exclusión de cualidades inesenciales, practicada siempre por medio de una intuición, es un residuo de notas que si son esenciales.

g) La actitud natural, se ha reducido o transformado en una conciencia de elementos esenciales, también llamada conciencia pura, porque está ya a salvo de todos los elementos empíricos impuros.

*El tercer Momento o Fase:* La percepción inmanente o reflexión fenomenológica. Tiene que ver exclusivamente con el residuo fenomenológico, con esta unidad de cualidades que ha permanecido inalterable a pesar de la reducción progresiva de las notas inesenciales. De aquel hecho de conciencia, provisto de innumerables elementos que Husserl llama trascendente, es preciso volver ahora,

regresar intuitivamente a aquellos elementos esenciales, puros, que constituyen rigurosamente lo que es el recuerdo. Este retorno de la pluralidad de todos los elementos a la unidad de los que constituyen propiamente lo que es el recuerdo, este progreso de la conciencia empírica a la conciencia pura del recuerdo, es lo que se llama reflexión fenomenológica o percepción inmanente.

Decíamos que el objeto de un recuerdo podía variar, al par que el tiempo y el espacio en que se realiza como la psique individual que lo experimenta, persistiendo, sin embargo, un auténtico recuerdo; pero, con ello, implicamos siempre un objeto en general, no presente, sino que, necesariamente, a través de una representación se produce en un individuo cualquiera. De este modo hemos arribado a la siguiente descripción esencial o eidética: "el recuerdo es el darse cuenta de un objeto no presente a través de su mera imagen". Este conjunto de notas hace posible cualquier recuerdo: sin él es impensable que se realice un recuerdo en un sujeto determinado. En sentido riguroso se puede decir, por lo tanto, que la esencia es un elemento constitutivo de fenómenos, pues merced a ella los hechos acaecen, es ella quien los hace posibles.

El método fenomenológico que, al fin, se puede definir como una descripción intuitivo-eidética de las unidades constitutivas de los hechos, se puede llamar intuicionismo teórico. Intuicionismo, en virtud de que todas sus verdades las

pretende alcanzar a través de una visión o intuición evidentes de la propia conciencia;  
y teórico, en gracia a su carácter exclusivamente cognoscitivo.

## **CAPÍTULO III**

### **ÁMBITO DE INDAGACIÓN**

#### **3.1. Diseño de la Investigación**

El presente estudio pertenece a la línea de investigación, Prevención de enfermedades en diferentes grupos poblacionales y culturales, adscrito a la Unidad de Investigación de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado y tiene como Objetivo general describir el significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial.

Desde este punto de vista, en el ámbito metodológico se ubicó en las Ciencias Fáticas particularmente, en las Ciencias Sociales, bajo el paradigma interpretativo enfoque cualitativo, esto indica que la postura interpretativista se acoge a una serie de propuestas que a efectos prácticos, enfrenta una visión distinta de la ciencia.

Se destaca además que bajo este calificativo se agrupan acepciones tales como: el enfoque-humanístico, humanístico-interpretativo, fenomenológico, paradigma naturalista, perspectiva constructivista, entre otros. Por consiguiente, el

enfoque interpretativo lo asumo en esta investigación a la luz de la práctica de la enfermería respecto al cuidado humano, en función de las personas hipertensas, no sólo en la intersubjetividad cotidiana, sino en la necesidad del cuidado de la salud.

Esta situación, no sólo en la intersubjetividad cotidiana con los pacientes con Hipertensión Arterial, sino en la necesidad del cuidado de la salud en función de la calidad de vida como innovación que es posible interpretar sobre la base de los significados que estos seres humanos le atribuyen a sus experiencias y actuaciones en la realidad. En razón a esta intencionalidad me acercaré a ellos, a sus miradas y las voces que dejan escapar sus sentimientos en función de interpretarlos sobre la base de la prevención de las complicaciones en salud.

El hecho de interactuar con estos pacientes en una intelección interpretativa sobre los fenómenos propios de la enfermedad mencionada, bajo el dominio del conocimiento enfermería y hacia la búsqueda de los hallazgos específicos para proporcionar un cuidado culturalmente congruente con las necesidades del paciente, se valora bajo los criterios de la investigación cualitativa, la cual según Balcázar <sup>71</sup>, reconoce la necesidad de considerar dimensiones de la interacción social donde se identifican elementos que influyen en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planeación, otorgamiento y recepción de servicios médicos.

En atención a este autor entonces, el paradigma cualitativo permitirá indagar sobre la información necesaria, a la vez de develar en la perspectiva de los pacientes con Hipertensión Arterial, sus sentires y acciones de cuidados para la salud. Agrega además Balcázar<sup>71</sup>, que los métodos cualitativos contribuyen a entender e interpretar los fenómenos complejos, antes de proceder a su cualificación.

Así, en el área de salud, muchos de los aspectos de la interacción con el paciente tienen esa naturaleza compleja, por las conductas de un determinado grupo ante el riesgo de adquirir o avanzar en ciertas enfermedades, o sobre los factores que intervienen en la búsqueda de atención médica, que todavía poco conocidos.

Por lo tanto, la investigación cualitativa es un ejercicio de abstracción de las apreciaciones subjetivas donde el investigador se somete a una doble atención simultáneamente: por una parte, es atraído hacia una amplia sensibilidad interpretativa y por la otra, se compromete intelectivamente con la experiencia humana y su análisis.

Este pensamiento discursivo para estudiar estructuras de significación genera una articulación entre abstracción y concreción que define Canales <sup>72</sup>, como "*la dimensión subjetiva del investigado. La recuperación de esa dimensión subjetiva es lo que permite la negligencia el hablar, o el significado social, como cara observable de la sociedad*".

Esta situación implica que el sujeto emergente sólo habla o significa, pero no interviene, y así no implica todas sus determinaciones y posibilidades de acción. Mediante el habla el investigador trata de alcanzar la estructura de la observación del otro. Su orden interno, en el espacio subjetivo, como sentidos mentados y comunes. Así se representa, o conoce, a la realidad con códigos que regulan la significación, que circulan o se comparten en redes intersubjetivas complejas, redes que son importantes considerar como fundamentos epistemológicos en las descripciones sobre la naturaleza de fenómeno.

Las descripciones sobre la naturaleza del fenómeno no están aisladas de la condición de conocimiento por parte y quien las describe, al culto que según Ibáñez<sup>73</sup>, las observaciones no tienen valor absoluto sino que corresponden a un punto de referencia del observador que afectan a lo observado ante la esperanza de predicción del observador característico de incertidumbre.

El objeto básico del análisis de lo paradigmático no sólo atiende al proceso de producción del conocimiento sino que presenta su forma más desarrollada en la investigación científica. En todo proceso de esta naturaleza se concreta una estructura de pensamiento que incluye contenidos filosóficos, lógicos, epistemológicos y técnicos.

Entonces, una descripción sobre la naturaleza del fenómeno implica al que lo describe. Por lo tanto, hay necesidad de describir el conocimiento de quienes describen o en otra perspectiva, no sólo hay que dar cuenta de lo observado sino que además hay que incluir la visión de sí mismo. En consecuencia, esas descripciones como propiedades de los objetos constituyen representaciones del conocimiento.

Para Kant <sup>74</sup>, las intuiciones (representaciones de la sensibilidad) no es algo externo a la posibilidad efectiva de los conceptos puros, sino que es un condicionante interno de los mismos. Si es que ellos han de aportar a la realidad y si, en consecuencia, han de constituir un conocimiento "sintético". Conceptos puros, pues, e intuiciones, que llenan de contenido a esos conceptos, son los elementos que hacen posible la existencia de juicios sintéticos a priori.

En consecuencia, si existe la posibilidad de tales juicios, sólo por cuya existencia en el seno de un discurso se convierten en conocimiento, entonces los criterios para decidir cuándo una disciplina tiene o puede tener juicios sintéticos a priori eso hace y cuando no y, por extensión, cuando una disciplina ofrecerá conocimiento y cuando no. Es una posibilidad para juzgar y criticar, aquellos discursos metafísicos que versan sobre objetos imposibles de conocer por medio de juicios sintéticos a priori. Refiere Kant<sup>74</sup>, que el único tipo de objeto que es susceptible de ser reconocido a través de estos juicios es el objeto sensible en general.

Ahora bien, el conocimiento teórico, el de la razón pura, es un conocimiento finito y limitado. Parece que el hombre por esa limitación en el conocimiento del mundo físico (conocimiento trascendental), no tienen libertad. En cambio, según menciona Parra <sup>75</sup>, la libertad se manifiesta cuando la razón práctica actúa.

En efecto, en esta investigación, interesa particularmente referir los postulados epistemológicos en cuanto tienen relación con los fundamentos en las Ciencias Humanas o Sociales, y consecuentemente, con la Enfermería. En este sentido, Kant <sup>74</sup>, planteó que el conocimiento se manifiesta a partir de las categorías de sensibilidad y entendimiento que actúan sobre la información de la experiencia. Esto puede llevar a formular dos niveles de conocimiento: uno, en el cual actúa la razón pura y otro donde se hace presente la razón práctica.

Asimismo, Parra <sup>75</sup>, hace mención a las necesarias mediaciones para el conocimiento. Tales mediaciones hablan de los contextos históricos, sociales y culturales que confluyen en todo proceso cognoscitivo. Añade el autor que, el conocimiento como proceso implica algunas tendencias de la filosofía cuando se logran penetrar en la esencia de las cosas.

De hecho, la asunción mental de la realidad nunca puede ser total, no se agota el conocimiento de las cosas. Por ello, la ciencia no tiene barreras. En consecuencia, el conocimiento aparece de manera gradual, avanzando desde las primeras

experiencias sobre el conocer los objetos hasta lograr el conocimiento más firme, sólido y riguroso.

Allí, la epistemología representa el estudio del paso de los estados del mismo conocimiento a los estados de conocimientos más rigurosos, lo cual se asemeja a los esfuerzos que hace el hombre por desentrañar aquello oculto que existe en las cosas y fenómenos de la realidad. Y a esa realidad no se llega sólo a través de la experiencia de los sentidos, que se resume en el saber sensorial; sino que también interviene la actitud crítica para establecer relaciones entre las distintas formas de conocimiento. Igualmente, expresa el mencionado autor que:

Al tener el conocimiento de unos contextos sociales, se desarrolla con un proceso crítico sobre un fenómeno no estacionario o estático. “El objetivo fundamental del conocimiento es la realidad de las cosas y del mundo, pero la finalidad de la investigación científica es el progreso del hombre y la transformación de la realidad”, Parra, <sup>75</sup>.

Además el afianzamiento del sentido que narran los informantes claves sobre los cambios producidos desde el inicio de las experiencias obtenidas en el padecimiento de la Hipertensión Arterial y como incide en ésta, la información que posea el paciente sobre los factores de riesgos, los valores que manejan los

involucrados en su calidad de vida y la prevención para minimizar las complicaciones.

En este sentido el significado que otorgan las personas que padecen de Hipertensión Arterial ayudan al conocimiento en la práctica del profesional de la enfermería que reconoce en la esencia de la persona aspectos que le permiten verla de manera holística y con valores que le llevarán a prestar una atención personalizada en la promoción y prevención de las complicaciones de salud.

En el marco de esta discusión sectorizada en los aspectos técnicos, metodológicos, teóricos e ideológicos que fundamentan los supuestos gnoseológicos en la concepción paradigmática de la realidad. Desde esta perspectiva, se anuncian en particular para esta investigación.

***Aspecto Técnico:*** respecto a esta parte, se implementa la entrevista a profundidad para recabar la información definida como una estrategia en los estudios cualitativos que exige un alto nivel de confianza y compenetración investigador-investigado. Sobre esta técnica Buendía, Colás y Hernández <sup>76</sup>, señalan “*se realiza a través de preguntas dirigidas al actor social, busca encontrar lo que es importante y significativo para los informantes y descubrir acontecimientos y dimensiones subjetivas de las personas tales como creencias, pensamientos, valores*”.

Igualmente, Taylor y Bogdan <sup>77</sup>, la definen como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes claves, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que ellos tienen respecto de sus vidas, situaciones o experiencias, tal como las expresan con sus propias palabras. La entrevista, “*siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas*” .

En este tipo de preguntas se plantea la flexibilidad de las mismas que utiliza el investigador, es decir, al entrevistar a varios sujetos, necesariamente las interrogantes no tienen por que ser iguales, aunque giran en torno al mismo tema. En este caso, se debe considerar la situación específica y el contexto donde se realiza la entrevista, recomendándose espacios cómodos desde el punto de vista material y psicológico, permitiendo así la expresión libre y sincera del entrevistado.

Particularmente, en esta investigación se llevaron a cabo ocho (8) entrevistas a diversos informantes claves que cursó sobre la intencionalidad de conocer sus sentimientos, costumbres, eventos de naturaleza familiar, social y laboral que influyen en sus experiencias cotidianas a la luz del conocimiento sobre la enfermedad de Hipertensión Arterial y las complicaciones y temores en la salud respecto a los hábitos negativos que tiene estos sujetos de estudio.

Asimismo, para la búsqueda de los significados en las voces de los informantes, una vez transcrito el material protocolar a partir de las grabaciones de

las mismas, se toma provecho de la técnica de análisis de contenido. Por todo ello, al reflexionar y concentrarme en los contenidos de las entrevistas, grabaciones y descripciones de campo, agrupé la información y le asigné los temas y subtemas que mejor la describen.

Después de todo ese proceso, fue necesario definir y explicar el significado que los informantes claves le concedían a la realidad indagada en las actitudes que toman desde su propia perspectiva sobre la enfermedad. En este sentido y bajo la concepción de una investigación cualitativa, la búsqueda del significado de los conocimientos obtenidos fue asumida como una interpretación semántica, la cual se sustentó en el análisis de contenido o análisis semántico como procedimiento para explicar y conocer.

Lo anterior se sustenta en los razonamientos que al respecto refieren Flick <sup>78</sup>, en cuanto a un análisis secuencial del texto que intenta reconstruir su estructura. Para ello, se llevó a cabo el proceso de la lematización de las entrevistas a profundidad. En este mismo sentido expresan Taylor y Bogdan <sup>77</sup> que, “se deben desarrollar categorías de codificación al redactar una lista de conceptos, temas, interpretaciones, tipologías y proposiciones que surjan del análisis inicial”.

**Aspecto Metodológico:** el estudio se ubico en el enfoque fenomenológico, por medio del cual se busca descubrir “una realidad cuya esencia depende del modo en

que es vivida y percibida por los sujetos”, Martínez M. <sup>79</sup>, es decir, que el investigador es el desentrañe de las experiencias vividas por los informantes claves, e interpretará lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos y los gestos, así como cualquier acto u obra, pero conservando su singularidad en el contexto de que forma parte; desde la óptica de los actores contrastada con nuestra propia perspectiva y la perspectiva referencial de los teóricos.

En este sentido, apunta Wilber <sup>80</sup>, que la realidad sobre fenómeno se ve arrastrando por igual a toda la forma, el yo, el no yo y cualquier otra cosa que aparezca. Pero en *"ningún caso el vacío primordial es un estado particular que podamos oponer a otro cualquiera, un concepto particular frente a otro o una visión particular frente a otra diferente, si no la Presencia pura en la que emergen todas las formas"*. En otras palabras, la manifestación de la conciencia permanece durante un tiempo y acaba desapareciendo, es una apertura inmutable que nunca se ve mancillada por la corriente del tiempo.

El estudio en cuanto al enfoque fenomenológico, se percibe en su acción en tres momentos: la reducción fenomenológica, eidética y trascendental. Para el primer caso, tengo conciencia de un mundo extendido sin fin en el cual el espacio que viene y ha venido a este fin en el tiempo, lo cual encuentro ante mi de forma inmediata e intuitivamente, de lo experimento mediante la vista, el tacto, el oído, el olfato, el gusto, en los diversos modos de percepción sensible de las cosas porque por ellas, en

una cuota de distribución espacial, para mí simplemente ahí adelante, en el sentido literal configurado, fijó la atención especialmente en las cosas que sucede en el entorno o al considerar el pensamiento, sentirlas, quererlas o no.

De esta manera, en correspondencia con Husserl<sup>70</sup> el contorno indeterminado es, por lo demás, infinito. El nebuloso horizonte, nunca plenamente determinable, está necesariamente ahí, de este modo describe lo siguiente:

“Lo mismo que pasa con el mundo en el orden del ser de su presencia espacial... pasa con él por respeto al orden del ser en la secuencia del tiempo. Este mundo que está ahí delante de mí ahora, y patentemente en cada hora de la vigilia, tiene su horizonte temporal infinito por doblados, su conocido y su desconocido, su inmediatamente vivo y su no vivo pasado el futuro”.

Bajo esa situación, lo corporal es en principio un ser que aparece, que se ve mediante matices y escorzos sensibles. La conciencia naturalmente percibida, la corriente de las vivencias, o sea, de la que se tiene experiencia en la realidad corporal, no es convertida, naturalmente, por esta apercepción, en algo que aparezca por medio de matices.

Por otro lado, tengo una actitud fenomenológica, entretrejida con la anterior como posibilidad esencial y sobre la cual indago reflexionando y conectando las

posiciones trascendentales que se vuelven hacia la conciencia pura, absoluta, y se encuentran con la apercepción del estado que es una vivencia absoluta.

Para el método fenomenológico subyace una doctrina sistemática de todas las reducciones fenomenológica, como la que se expresa en segundo término, para colocar entre paréntesis la función metódica que las esferas del ser y del conocimiento afectan en principio la realidad. Este proceso es señal de una mezcla representativa de un contrasentido si el dominio fenomenológico se ofreciera como comprensible o se produjera como un resultado del mero paso de esta actitud eidética.

De aquí que, la conexión de lo eidético, tendría que limitarse a la de las objetividades individuales trascendentes. Explica Husserl <sup>70</sup>, que aquí entra en cuenta un nuevo factor fundamental, es un nuevo paso que no será sin más con el primero, el de reconocer y tomar consecuentemente todas las partes, la distinción preñada de consecuencias, las esencias inmanentes y trascendentes.

Por un lado, las esencias de formas de la conciencia misma, de procesos individuales trascendentales a la conciencia obedecerían a aquello que sólo está a conocer en forma de la conciencia, constituyendo en ella misma mediante apariencias visibles. De modo que, desconectamos el mundo natural entero y todas las esferas eidético-trascendentales, para obtener una conciencia pura, pero como parte del

método, sería hacer las afirmaciones que hay que registrar, donde se da cuenta de la norma de la reducción fenomenológica.

Ésta se refiere a nuestra existencia empírica y que nos veda a registrar una sola proposición. En concreto, la realidad fenomenológica es aquí la de indagar sistemáticamente el conjunto de las modificaciones de las vivencias que se caen bajo el nombre de reflexión, en compañía de todas las modificaciones con que es tan en relación esencial y que las suponen. Esto último en la versión de Husserl<sup>70</sup>, atiende a:

La totalidad de las modificaciones esenciales que toda vivencia tiene que experimentar durante su curso originario y además a las diversas formas de variaciones que pueden conseguirse como llevadas a cabo idealmente sobre toda vivencia en el modo de operaciones. Toda vivencia en sí misma es un río de generación, es lo que es una creación radical de un tipo esencial invariable: un río constante de retenciones y pretensiones unificado por un aspecto, el mismo fluyente, de originalidad, en que se tienen conciencia del vivo ahora de la vivencia frente a su “antes” y “después”.

Al tomar en consideración estas observaciones puedo decir que el método fenomenológico busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el cual los pacientes definen el mundo y actúan en consecuencia. El fenomenólogo intenta ver

las cosas desde el punto de vista de estas personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

*Aspecto Teórico:* el abordaje general que se utiliza para el logro de los propósitos de este estudio, es el enfoque cualitativo el cual tiene como característica fundamental que el investigador sea el principal instrumento de recolección de la información. En este orden de ideas, Pérez G. <sup>81</sup>, expresan que: “la investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además incorporan lo que los informantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones expresadas por ellos mismos”.

Ahora bien, cabría preguntarse ¿Por qué bajo la perspectiva del paradigma cualitativo? Y bajo ese orden de ideas, quizás la centralidad de la respuesta se enfoca hacia la concreción del cuidado humano como carácter ético de la Enfermería, en razón del carácter ontológico de la realidad de los pacientes con Hipertensión Arterial, que cursa sobre la indagación en la consulta de cardiología respecto a su calidad de vida y conocimiento sobre los distintos modos de actuar propio y de sus familiares.

Por lo tanto, este paradigma cualitativo me permite un acercamiento al fenómeno para acceder a este mundo combinatorio de experiencias, sentimientos,

actitudes y emociones desde la concepción del sujeto en busca de describir los significados develados, cuando interactúo con ellos en el foco común de atención a los eventos de naturaleza cultural, vivencial y experiencial.

Un fundamento de interés del personal de enfermería respecto a los horizontes de cuidado de la salud así como también en la revalorización del sujeto que padece la enfermedad en términos de cuidados y seguimiento del tratamiento en correspondencia con las diversas posibilidades de conocer, interpretar y reflexionar sobre sus propias necesidades.

Husserl, <sup>82</sup>. Consideraba a la fenomenología una filosofía, un enfoque y un método que describe las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia, es decir se ocupa de la conciencia con todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, es una ciencia de esencias que pretende llegar sólo a conocimientos esenciales y no fijar, en absoluto, hechos

*Aspecto Epistemológico:* bajo estas consideraciones se presenta una serie de procedimientos a seguir sustentados en el Construcciónismo Social. En concreto, la orientación que mantienen estrechos vínculos del campo de la sociología del conocimiento, como se puede ver en la propuesta original de Berger P. y Luckmann T. <sup>83</sup>, sobre la construcción social de la realidad y en consideración a los objetivos planteados en la investigación se ubicará en este paradigma metodológico, el cual es definido por Ibáñez T. <sup>84</sup>, como la “evidencia” con que se imponen a nosotros las

“categorías naturales”, y que se investigue el grado en que los mencionados referentes pueden no ser sino meras construcciones cultural y socialmente situadas, o meros productos de las convenciones lingüísticas.

La orientación socio-construccionista, según Ibáñez <sup>84</sup>, fue emergiendo como un intento de hallar una meta teoría que pudiera representar una alternativa válida frente al modelo empirista de la ciencia. A partir de esta condicionalidad, interpreto la experiencia producto de la vivencia social, donde se comienza con la evolución de los actores en torno a la apropiación de la investigación cualitativa y los paradigmas que la sustentan.

Desde este punto de vista Limón G. <sup>85</sup>, menciona a Ibáñez como heredera intelectual del racionalismo y de su vertiente teórica contemporánea, con la orientación del construccionismo, que pudiera considerarse como una aproximación ecléctica, sobre todo por sus fuentes de inspiración. Se trata de una característica que, además de configurar una nueva tendencia, una perspectiva, al mismo tiempo nos está dejando la puerta abierta para retomar otras estimulantes analogías, particularmente aquellos que han ido nutriendo a este paradigma.

La condicionalidad de acercamiento a la realidad de los pacientes con Hipertensión Arterial sustentado en el núcleo epistemológico del hecho social que se indaga, en escenarios de confianza entre el paciente y el personal de enfermería, que invita a la conversación de confianza sobre la vida humana y social.

En definitiva, el aspecto fenomenológico interpretativista delimita la realidad que indaga y sobre la cual tienen sus limitaciones, lo cual significa que algunos elementos de la realidad social y humana asociada a la enfermedad de Hipertensión Arterial y al eje de cuidados del paciente por la familia y sus propios hábitos, es algo muy particular, enfocado en el contexto que se estudia y no en otros, por lo tanto, los sentidos y significados que le otorgan los informantes claves indagados, no contribuyen a la generatriz de una teoría general sobre el asunto

*Aspecto Ontológico:* me apropio de este referente ontológico intersubjetivista para *percibir* los significados y aprehender sus elementos cognitivos que me dicen los pacientes con Hipertensión Arterial y que ayudarán a interpretar la realidad. Tal como mencionan, Guba E.G. y Lincoln Y.S. <sup>86</sup>, este proceso se centra en el individuo cognoscente y en la realidad por conocer en una dimensión de interpretación conjunta, con una epistemología de construcción de saberes por parte de los informantes claves, quienes comprenden su propia dinámica en el referente de sus relaciones psicosociales con su entorno humano.

Bajo este sentir me adentraré ya no como personal de enfermería en la consulta de cardiología del Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana, sino como un investigador cualitativo que percibe el sentido interconectado a la parte humana de este asunto en su esencialidad

sujeto-sujeto, asimismo, en su analogía que conjuga con un universo de hábitos sobre los cuales emergerán sentires y formas culturales de alimentación saludable.

En atención a lo planteado, la misma postura paradigmática en este estudio, tal como se identificó anteriormente de forma intersubjetiva y dialógica que se produce entre los paciente ya mencionados y el investigador resulta clave para develar los nudos verbales que sobre esta enfermedad sienten y actúan los referidos pacientes en el ámbito de construir nuevos conocimiento sobre los diversos casos.

El investigador fenomenológico sabe que este proceso requiere acompañamiento al paciente en su proceso de sobrellevar la enfermedad y desde sus voces y haceres que cambian permanentemente, se propone conocer la realidad de este objeto de estudio con la finalidad de comprenderla e interpretarla mediante la subjetividad, la reflexión y la autorreflexión.

En esta perspectiva, se busca indagar cómo los distintos pacientes construyen y reconstruyen la realidad social mediante la interacción con los restantes miembros de la familia y el personal de salud. Para ello es indispensable captar cómo perciben su enfermedad y cuáles sentimientos tienen las personas con Hipertensión Arterial sobre la prevención de las complicaciones en salud.

En definitiva, tal como lo señala Belohlavek <sup>87</sup>, la ontología es pues "un abordaje que subyace a la investigación de las estructuras conceptuales que permite manejar problemas complejos". Por consiguiente, la investigación de los aspectos ontológicos se hace a partir de uno mismo a través de un proceso de reflexión.

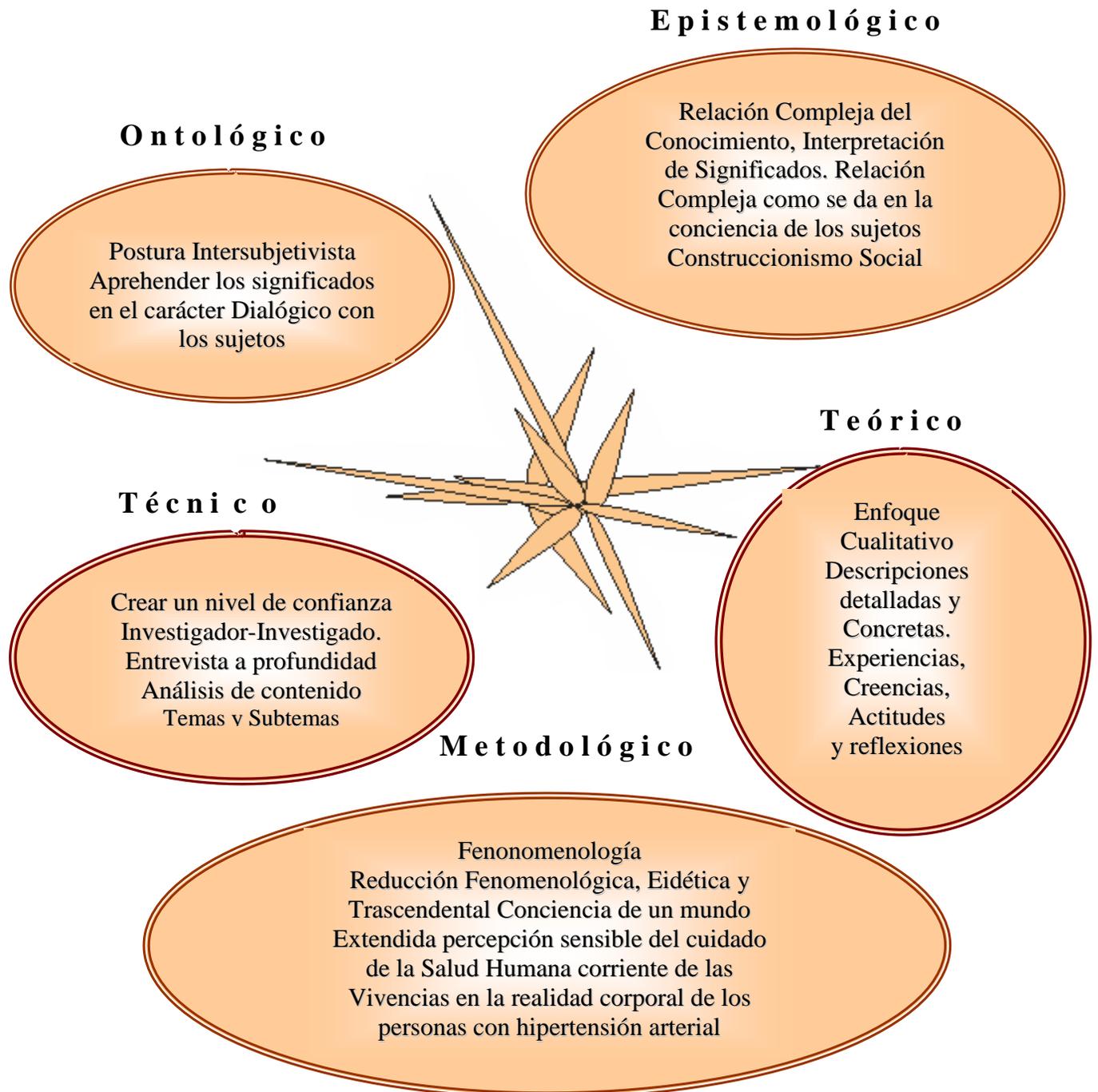
La situación se corresponde con subjetividades interactivas con los paciente, encuentran representaciones culturales, que según Atienza J.L. <sup>88</sup>, no están dados "*al margen de los sujetos ni de los contextos, sino del resultado de la actividad cognitivo-afectiva de los sujetos en el marco de sus contextos, es decir, construcciones sociales y experiencias singulares*", como intentos renovados y cambiantes por dar sentido y coherencia a lo vivido.

Esto es el estudio de las representaciones y su evolución, lo cual tiene sentido al mencionar que los conocimientos son relativos a los sujetos y a los contextos. No hay, según este autor, conocimiento objetivo sino subjetivista-interactivo, resultado de los procesos más que los propios contenidos.

En el caso de estudio, interesa más los procesos de construcción de las representaciones culturales concretas respecto a la hipertensión arterial en los sujetos que asisten a la consulta de cardiología en el Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana en Barquisimeto-estado Lara, hacia la búsqueda de la interpretación y descripción de sus construcciones

sociales en este contexto, para lo cual la naturaleza dialógica, intersubjetiva para recabar la información, conforma mi acontecer ontológico.

Lo anteriormente visto de manera holística se representa en la matriz epistémica en la Figura 4 y el cuadro 2, partiendo de la confianza entre el investigador y el investigado a fin de realizar una entrevista a profundidad que permita el análisis de los temas y subtemas a desarrollar expresado en el aspecto técnico, también se aprecia lo ontológico con el enfoque de la postura intersubjetivista, donde es necesario el consenso entre lo cognitivo y las ideas expuestas tomadas de los significados emanados en el dialogo con las personas que padecen la enfermedad, incluyendo lo epistemológico que se basa en la interpretación de los significados dentro de la complejidad que implica llegar a esa conciencia entre el contexto y el conocimiento. Necesariamente, la presentación de lo teórico donde se encuentran las descripciones detalladas que reflejan experiencias, creencias, actitudes y reflexiones. Finalmente y no menos importante, el aspecto metodológico que resalta la Fenomenología, la reducción Eidética y trascendental, dentro de la percepción y las vivencias de las personas con hipertensión arterial.



**Figura 4. Matriz Epistémica. Suárez (2010)**

## CUADRO 2

### RESUMEN DEL SUSTENTO EPISTEMOLÓGICO DEL MÉTODO

Modelo	Método	Niveles
Cualitativo	Fenomenológico	<p><b>Técnico:</b> entrevista a profundidad mediante grabación. Para el análisis e interpretación: Técnica de análisis de contenido.</p> <p><b>Metodológico:</b> fenomenología.</p> <p><b>Teórico:</b> Enfoque cualitativo. Descripciones detalladas y completas sobre la realidad de los significados que le atribuyen los pacientes con Hipertensión Arterial en sus relaciones con el entorno familiar y el personal de enfermería en la dimensión de la calidad de vida.</p> <p><b>Supuestos Epistemológicos:</b> la realidad es dinámica y se construye cotidianamente: Construcción Social. Enfoque de las complejidades de la conducta humana respecto a la enfermedad de Hipertensión Arterial.</p> <p><b>Supuesto Ontológico:</b> proceso intersubjetivo con los pacientes que acuden a la Consulta de cardiología del Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana en Barquisimeto, a través del diálogo.</p>

**Fuente: Suárez (2010)**

### 3.2. Informantes Claves

Los informantes clave en la investigación estuvieron constituidos ocho (8) pacientes hipertensos que asisten a la consulta de cardiología en el Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana, la cual funciona en Barquisimeto, estado Lara. Fueron seleccionados intencionalmente en razón de la voluntad de ofrecer sus experiencias y vivencias respecto a la enfermedad, sus modos de convivir con ella en los escenarios laborales y en relación con la familia y el personal de enfermería.

Los aspectos fundamentales en torno a los cuales estos informantes claves aportaron la información emergió de sus significados en los hábitos que mantienen estos pacientes para evitar o minimizar los factores de riesgos en la salud humana que inciden en las complicaciones de la Hipertensión Arterial.

Al respecto Morse J. y Cols E.<sup>89</sup>, al referirse al criterio de selección de los informantes claves expresa que “los criterios para escoger una comunidad específica obedecen al conocimiento previo de necesidades y condiciones apropiadas del trabajo que se desea realizar a la demanda de dicha comunidad, el interés del investigador y la factibilidad del estudio”. Para mejor visualización de estos informantes claves se presenta a continuación el cuadro 3:

**CUADRO 3**  
**INFORMANTES CLAVES**

<b>Informante/Código</b>	<b>Edad</b>	<b>Tiempo con Hipertensión Arterial</b>
EP-IC-1	45 años	6 años
EP-IC-2	42 años	1 año
EP-IC-3	51 años	16 años
EP-IC-4	37 años	9 años
EP-IC-5	47 años	8 o 9 años
EP-IC-6	62 años	15 años
EP-IC-7	60 años	10 años
EP-IC-8	42 años	14 años
<b>Total: Ocho (8) Informantes Clave</b>		

**Fuente: Suárez (2010)**

### **3.3. Procedimiento**

De acuerdo a Mercado y Torres <sup>90</sup>, el reconocimiento de la subjetividad del investigador quien interacciones con la realidad y se involucra desde el momento de seleccionar la temática del estudio, expresa ordenamiento de la información cualitativa, garantizando un espacio para la expresión del contenido simbólico del proceso vivido por el paciente, su familia y el personal de enfermería.

Agrega además estos autores que, la idea de ordenamiento y procesamiento de la información, son procesos que tienden a la búsqueda de respuestas en razón al material que se obtienen de la técnica empleadas para acrecentar y conocimiento sobre los aspectos culturales involucrados con la salud/enfermedad/calidad de vida, o bien desde la perspectiva de las experiencias que describen los informantes clave en el servicio de salud.

Por su parte, esta situación incluye la descripción detallada de todas las fases de la investigación, sobre todo la selección de los informantes, contextos culturales, geográficos y temporales) y del análisis. Para efectos de tener disposición de la información de los registros textuales y el procedimiento de análisis respectivo. Igualmente, es necesario ilustrar los resultados con datos textuales específicos irrelevantes que apoyen las interpretaciones.

Respecto al compromiso del investigador de informar cada momento de la investigación, se sitúa su estudio explicando los posibles sesgos introducidos por él y por la inherente subjetividad, además de mencionar cómo controlar su aproximación a los investigados. Esto pues llevó a diversos procedimientos para garantizar el rigor y minimizar los sesgos en investigación cualitativa que Guba y Lincoln<sup>86</sup>, describen en cuanto el modo de explicar cómo se realizó la búsqueda y el estudio de los datos generados respecto al fenómeno.

Por tanto, para efectos de la orientación de los procesos contemplados a la luz de la búsqueda de información en este estudio se enfoca en los razonamientos de estos autores, para asegurar un proceso de obtención de información ordenado, válido y adaptado a la investigación, se tomaron los siguientes pasos:

1. El aprovechamiento de la circunstancialidad que el investigador pertenece al personal de enfermería del Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana, conversé informalmente sobre la idea de la investigación a los personas que asisten a la consulta de cardiología y padecen de Hipertensión Arterial, durante un lapso de tres meses.

2. Una vez reconocida la idea del estudio y el acercamiento a los sujetos en la intencionalidad del aporte informativo sobre las vivencias y experiencia visto en la calidad de vida en relación a la enfermedad, la voluntad de colaborar con el investigador fue explícita y así fueron seleccionados ocho (8) pacientes en edades comprendidas entre treinta y siete (37) y sesenta y dos (62) años, quienes acordaron conjuntamente con el investigador hablar abiertamente sobre sus hábitos y los demás elementos asociados a la enfermedad.

3. El núcleo de las entrevistas a profundidad (Anexo A), se logró durante la misma consulta, la cual fue grabada y transcrita. En sucesivas visitas se les mostró

a los informantes para ver si correspondía con los sentimientos y actitudes expresadas o si querían agregar algo más sobre el tema.

4. Al respecto, no hubo desviaciones en el sentido que así expresaron y estuvieron de acuerdo con lo que allí se transcribió fielmente a sus versiones sobre la enfermedad.

5. Este material se utilizó ampliamente en el análisis de la información y su fragmentación en los distintos temas y subtemas que emergieron en la perspectiva del fenómeno considerado y el correspondiente discurso, a través de la técnica del análisis de contenido.

6. La interpretación profunda sobre la información aportada en las entrevistas, se revisó recurrentemente a fin de identificar en el texto los sentidos y significados que en la visión holística sustentara la plena descripción de los elementos concordantes o discordante entre los distintos sujetos sobre la enfermedad, su cuidado y la calidad de vida en el sistema de relaciones psicosociales con los familiares y el personal de enfermería.

7. La información así anunciada y analizada se presentó nuevamente a los informantes claves en una especie de validación intersubjetiva, lo cual permitió presentarles en diversas etapas del recorrido investigativo lo que se estaba

interpretando para mantenerlos al tanto, en los avances del análisis y considerar si pudieran agregar algunos otros elementos, lo cual no se realizó, puesto que mostraron conformidad con lo que ya habían señalado.

8. En definitiva, los hallazgos bajo la dimensión fenomenológica del proceso indagatorio, contribuyó significativamente a la descripción sobre fenomenológicos se presentan en una descripción de la interpretación sobre el hacer de las personas con Hipertensión Arterial sobre la base de la prevención de las complicaciones en salud en los diversos significados emergentes en los temas y subtemas considerados.

### **3.4. Técnica de Recolección de la Información**

Se amplió el conocimiento relativo a la posición de los pacientes con hipertensión arterial que acudan a la consulta de Cardiología donde abarqué la multiplicidad de aspectos, condiciones, elementos y factores de la situación que le interesó al investigador. Para los efectos se empleó la entrevista a profundidad como técnica para recolectar la información.

En este sentido, la importancia y racionalidad de elección de esta vía, se debió fundamentalmente, al hecho asumido como una conversación cotidiana pero a la vez, concrete el conocimiento de las opiniones, valores, creencias y hábitos de las

personas con Hipertensión Arterial, en una forma abierta, dinámica, flexible, como mecanismo de interacción simbólica que se grabó en la captación del lenguaje hablado de los informantes clave, para describir el mundo real con una acción fidedigna del objeto de estudio.

De acuerdo con Balcázar P.<sup>71</sup>, las características más importantes de la entrevista y que la convierten en una técnica fuerte de manera general son: está basada en la comunicación verbal, planificada, se complementa con un guión o cuestionario, es un procedimiento de observación, sufrir en la recogida de información, su uso es para selección, diagnóstico, terapéuticos, encuesta, entre otros, se da una relación asimétrica entre investigador y entrevistado, y existe una influencia direccional importante.

De este modo, Aguirre Baztán<sup>91</sup>, definen la entrevista como una técnica dentro de la metodología cualitativa que se utiliza para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario opción de temas. Es la conversación con un propósito, representado en un encuentro personal, cara a cara, donde se requiere el investigador y el informante estén presentes. Se consideran una unidad mínima de interacción social destinada al buscar los conocimientos o experiencias de una persona a detalle.

En otras palabras, lo que se intencionó con esta técnica, fue el provecho en la búsqueda de los testimonios como elementos despejados y acostumbrados de la vida cotidiana. Un aspecto importante que señala Valles M.<sup>97</sup>, sobre las ventajas de entrevista a profundidad se centran en el estilo abierto de esta técnica para obtener una riqueza informativa (intensidad, carácter holístico o contextualizada), en las palabras y enfoque es de los entrevistados.

A su vez, *"proporciona al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas (incluso por derroteros no previstos), en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo que la entrevista estructurada o de encuesta"*, Valles,<sup>92</sup>. p. 196.

Sobresale la ventaja de generar, con esta técnica una fase inicial con puntos de vista y enfoque útiles para traducir nuevas circunstancias reales de la investigación o acoplarlo a la situación de estudio. En este punto cumple un papel estratégico de previsión de errores que pueden resultar costosos y destaca la flexibilidad diligente y económica de la técnica.

*Guión de la entrevista:* Desde el punto de vista de Nitsch<sup>93</sup>, *"el guión de la entrevista constituye sólo un punto de partida para encuesta. El entrevistador puede reaccionar a las respuestas del entrevistado con preguntas improvisadas con el fin de obtener informaciones más detalladas y específicas según convenga"*, o

bien para imprimir interpretar comentarios anteriores del entrevistado en el sentido de procedimientos de diálogo.

Del mismo modo, Valles M. <sup>92</sup>, explica que "hay estudios en los que el guión o millones de entrevista no se explicitan cuando se dicta el informe de resultados". Por lo cual, el hecho que no aparezca el guión en la comunicación de un estudio, no significa que éste no haya existido en la investigación real.

Sustentado en este soporte teórico, las entrevistas las llevé a cabo, siguiendo de manera flexible, el guión que ordené para ello. No obstante, hubo oportunidades en las cuales fue necesario aclarar algunos puntos importantes y en su lugar, repreguntar a los pacientes, pero la idea central siempre estuvo en la orientación que expresaran desde sus propias experiencias los elementos asociados a las interrogantes planteadas como guión flexible.

Por lo antes expuesto, debo mencionar que el guión constituyó más bien puntos de referencia para estar atentos en el campo sobre los eventos relacionados con los significados de los pacientes con Hipertensión Arterial, a la misma enfermedad en relación con la calidad de vida social y laboral y cómo han sobrellevado los momentos de tratamiento y control de la misma.

Desde esta versión, debo indicar que las entrevistas se iniciaron con preguntas tales como: ¿Qué edad tiene?, ¿Desde cuándo es usted Hipertenso?, ¿Qué significa para usted vivir con Hipertensión arterial?, ¿Conoce alguna de las complicaciones de la Hipertensión Arterial?, ¿Ha sentido temor de esto, de tener alguna complicación de éstas?, ¿Qué hace usted diariamente para prevenir estas complicaciones (actividades que realiza), ¿Qué hábitos negativos tiene desde que es hipertenso?, ¿Cómo ha influido su Enfermedad en el grupo familiar?, ¿A nivel Social cómo influye la enfermedad Hipertensión Arterial?. Bajo estas descripciones que atendió a sus respuestas, la duración de las entrevistas transcurrió ente 30 a 40 minutos o hasta lograr la saturación de la información.

### **3.5. Aspectos Éticos de la Investigación**

El estudio fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica y a la Jefatura de Enfermería del Servicio Medico Ambulatorio del Comando Regional Nro. 4 de la Guardia Nacional Bolivariana, otorgando su aprobación, por otro lado las diez (08) personas que participaron en el estudio aceptaron y dieron por escrito el consentimiento informado y en relación a la finalidad del consentimiento informado.

De acuerdo con Rice <sup>94</sup>, la investigación del desarrollo humano es importante en vigor a los diversos aspectos éticos en los cuales se incluye el investigador. Por lo tanto, las normas éticas de la American Psychological Association (APA) y de la

American Sociological Association (ASA), citado por este autor, insisten en esos principios fundamentales: el consentimiento informado y la protección contra el daño. Al primer caso, supone que los sujetos tienen derecho a una explicación completa de la naturaleza, propósitos y métodos de la investigación desde que empieza el estudio.

En consecuencia, debe decirse a los sujetos involucrados qué sucederá con la información que aporten y en qué deben estar de acuerdo en hacerlo si participan en el estudio. De modo que, tienen derecho a decidir a no participar y están en libertad plena de abandonar el estudio en cualquier momento.

No obstante, los informantes claves seleccionados, desde el primer momento dieron su consentimiento para aportar la información necesaria y en el carácter ético del estudio cualitativo, se les iba informando sobre el avance de los procesos investigativos, además de mostrar el material transcrito, para que consideraran su revisión y acuerdo. Por lo tanto, el estudio cumplió con el compromiso ético, al solicitar la participación voluntaria y mantener al tanto sobre las transcripciones de la entrevista.

Otro punto importante, al cual hace mención Rice <sup>94</sup>, y que igualmente se cumplió en el estudio, guarda correspondencia con el hecho de minimizar el estrés físico y psicológico durante los procedimientos para proteger a los sujetos mentalmente, motivado al carácter de pacientes hipertensos.

Por consiguiente, aproximadamente a los quince minutos de iniciar la entrevista, generalmente les preguntaba, si se sentía cómodos y podían continuar con la conversación y en mi carácter de enfermero, estuve pendiente de las características físicas y psicológicas de los informantes clave en relación a los planteamientos formulados, a fin de no causar molestias, imprudencias o cansancios, ese fue uno de los propósitos terapéuticos considerados durante la entrevista.

Además, el carácter ético del estudio, se sustenta igualmente en la protección al informante clave, en cuanto sostener la confidencialidad de sus exposiciones para no producir vergüenza, ridiculiza o conflicto en las relaciones sociales. Por lo cual, procedí a codificar cada una de las entrevistas en la orientación de los individuos para mantenerlos anónimos (Anexo A). Esta característica, es considerada en primer orden, dado la situación clínica de algunos de ellos, y en este fin, no podrán identificarse con los hallazgos del estudio si así lo requieren.

### **3.6. Análisis de los Datos**

Según Taylor y Bogdan <sup>77</sup>, todos los estudios cualitativos tienen datos descriptivos implicados en las propias palabras pronunciadas o escritas de los informantes clave y las actividades observables. “*Los estudios basados en entrevistas*

*en profundidad, tratan que los lectores tengan la sensación de que “están en la piel” de los informantes y de las cosas desde el punto de vista de ellos”.*

De modo que, la investigación cualitativa proporcionó una descripción íntima de la vida social, de las descripciones que presentan detalladamente el contexto y los significados que los acontecimientos sentidos por los pacientes bajo escenas laborales, sociales y familiares importantes para los involucrados.

Por lo tanto, a partir de la información así generada se organizaron matrices, permitiendo establecer un orden, a través de la distinción de los temas y subtemas para la realización de la siguiente etapa. Posteriormente, se procedió a la construcción de temas principales y finalmente, se realizó un esquema interpretativo en cada caso, se sostuvo bajo la visión holística sobre el fenómeno y la manera cómo se interconectan los temas y subtemas. Esta condición se adaptó de los razonamientos de Colaizzi <sup>95</sup>, en cuanto a:

1. Leer todas las descripciones de las entrevistas consideradas en las voces de los informantes clave.
2. Extraer frases significativas sobre el fenómeno.
3. Formular significado para cada frase/expresión significativa seleccionada.
4. Organizar los significados para cada entrevista en temas.
5. Asumir Significados para cada frase/expresión que describe el informante.
6. Validar los temas seleccionados interpretativamente para confrontarlos con las descripciones originales de los informantes.
7. Desarrollar las descripciones exhaustivas sobre los temas.

8. Verificar con los informantes claves las interpretaciones asumidas por el investigador.

De esta manera, el análisis de la información a la luz de la fenomenología se realizó para describir las vivencias y experiencias sobre la Hipertensión Arterial y la calidad de vida de los pacientes en tanto la interpretación de los sentimientos de las personas con esta enfermedad sobre la prevención de las complicaciones en salud. A tal efecto, se siguieron los procesos esenciales que caracterizan a un análisis fenomenológico: *epoché*, la reducción fenomenológica, la variación imaginativa, y la síntesis de significados y esencias.

En cuanto a la *epoché* fue el proceso en el cual el investigador colocó entre paréntesis todo conocimiento sobre la Hipertensión Arterial y los elementos, factores y condiciones asociados al cuidado de la salud en este tipo de pacientes a fin de minimizar los prejuicios acerca del fenómeno.

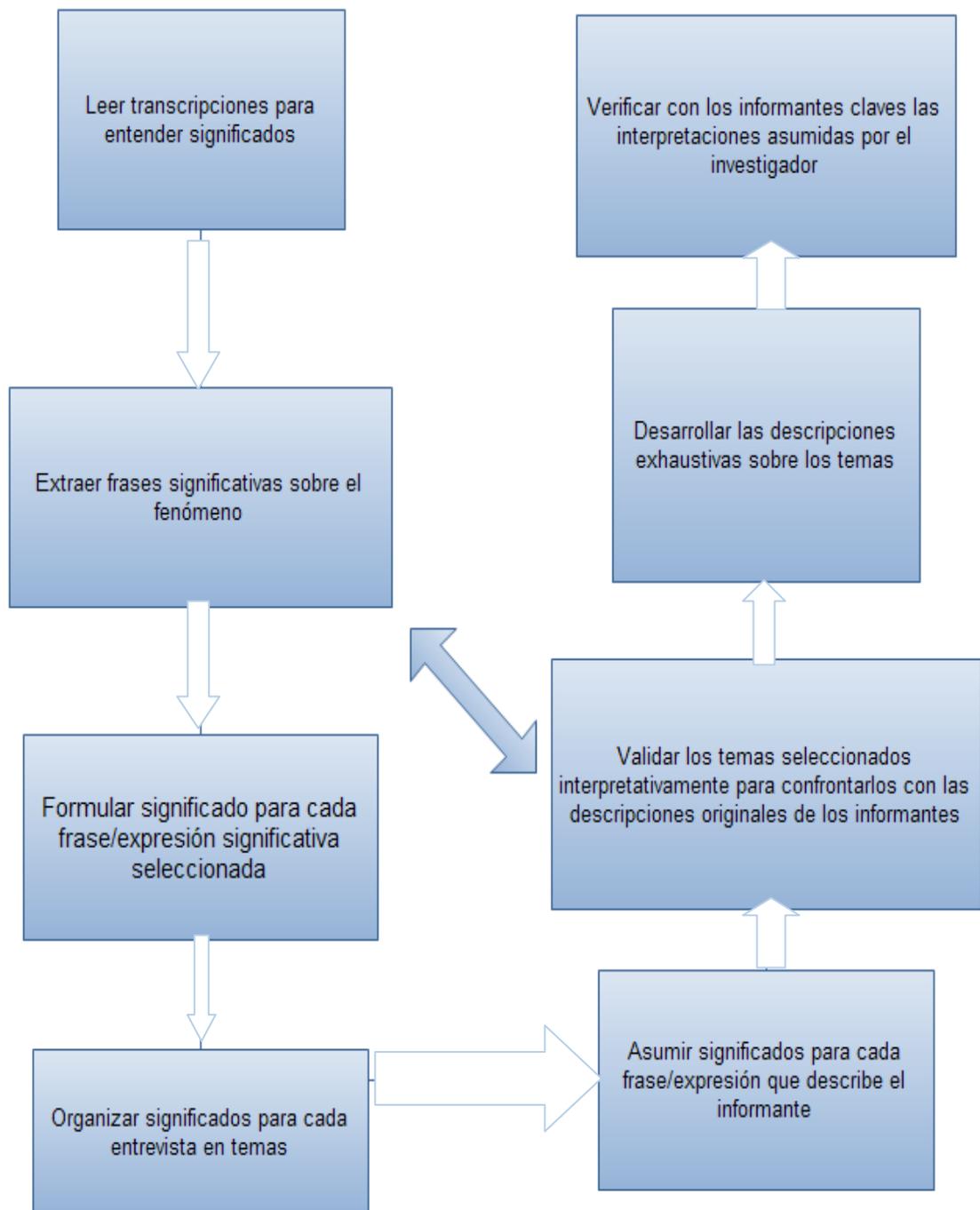
De modo que, esta reducción fenomenológica me permitió captar la esencia del fenómeno relacionado al hacer de las personas con hipertensión arterial sobre la prevención de las complicaciones en salud. Ello con la intención de descubrir ese mundo de vivencias y experiencias asociadas a la actitud que retoman las personas cuando se les presenta esta enfermedad en el marco de sus actividades laborales, sociales y familiares y en los hábitos alimenticios fundamentalmente.

La información así develada viene asociada en agrupaciones, repeticiones y elementos saturadores sobre el fenómeno que se superponen en el sentido y significado que le atribuyen los informantes clave, a pesar de sus diferentes edades y condiciones físicas y culturales. Para los efectos los significados textuales implicaron la descripción de sus elementos, factores y condiciones de salud en las diversas perspectivas sobre la misma realidad de la enfermedad y sus complicaciones en la salud.

De esta forma, accedí a comprender sus versiones, sus necesidades en el cuidado de la salud y los diversos significados que generaron en mí una percepción integrativa-reflexiva de las situaciones mencionadas en el contacto con ellos, lo cual a su vez, se asoció con la necesidad de interpretación más detallada en términos estructurales a fin de analizar y sintetizar la conciencia sobre el fenómeno en el marco de sus esencias sobre cada una de las experiencias de los informantes clave.

Asimismo, se tomó provecho de cuatro características existenciales de la realidad para el mencionado análisis que guardan correspondencia con: el espacio vivido, el cuerpo vivido, el tiempo vivido y las relaciones humanas vividas, de acuerdo a los señalamientos de Van Mannen citado en Álvarez-Gayou <sup>96</sup>, quien destaca que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.

Seguidamente se presentan en la figura 5, los pasos descritos por Colaizzi P.F.<sup>95</sup> para el análisis de datos obtenidos de las entrevistas de las personas con hipertensión arterial.



**Figura 5. Pasos para el Análisis de los Datos. Colaizzi <sup>95</sup>**

### 3.7. Calidad del estudio y rigor científico

La significación y credibilidad del informe final reposa en buena parte en el cumplimiento de ciertos requisitos éticos y técnicos, que van a hablar de la transparencia y el rigor observados, desde la formulación hasta la culminación del proceso investigativo, nos referimos a los siguientes criterios.

**Credibilidad.** Apunta al uso correcto y adecuado de recursos y procedimientos técnicos durante el estudio. Aquí consideraremos como criterios de credibilidad: la documentación respecto del modo en que llegamos a las conclusiones (apuntes, entrevistas codificadas, memos, notas personales).

- a. Someter nuestras conclusiones a la evaluación de los entrevistados.
- b. Someter a evaluación del Tutor académico cada parte del proceso de investigación.

**Confirmabilidad.** Alude al tema de la auditabilidad de la investigación. Guba y Lincoln <sup>91</sup> se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, ello a condición de que las perspectivas similares, para ello:

- a. Guardar las grabaciones de las entrevistas de manera de no sólo transcribir, sino atender a los énfasis e inflexiones en el discurso de los entrevistados.
- b. Describir las características de los informantes y su proceso de selección. Confirmaremos la transcripción fiel de las entrevistas a los informantes.
- c. Indicar los contextos físicos, interpersonales y sociales en que se realizaron las entrevistas en el informe de investigación.

Además se tuvieron en cuenta otro de los aspectos, según los criterios de Sandelowski y Parker<sup>97</sup> y Addison<sup>98</sup>, en cuanto a la transferibilidad o aplicabilidad. La transferibilidad o aplicabilidad se considera como una consecuencia de los criterios del rigor científico y se refiere a las posibilidades que los resultados se puedan transferir o aplicar a otras personas, que tengan características y contextos similares.

**Validación de la interpretación:** La interpretación es un proceso en el que el investigador integra, reconstruye y presenta en construcciones interpretativas diversos indicadores obtenidos durante la investigación, los cuales no tendrían sentido si fueran tomados en forma aislada como constataciones empíricas. La interpretación es un proceso constante de complejidad progresiva, que se desarrolla a través de la significación de diversas formas de lo estudiado, dentro de los marcos de la

organización conceptual más compleja del proceso interpretativo. La interpretación es un proceso diferenciado que da sentido a las manifestaciones de lo estudiado y las vincula como momentos particulares del proceso general orientado a la construcción teórica del sujeto individual o social.

Siguiendo a Maxwell J. <sup>99</sup> validaremos la interpretación utilizando las siguientes estrategias:

a. Buscar evidencia discrepante respecto de las conclusiones para mantenerlas o cambiarlas si fuera necesario.

b. Una vez recogidos los datos se devuelve de nuevo a los entrevistados para que validen las conclusiones. Esto disminuye problemas de planteamiento de preguntas y errores interpretación de respuestas.

### **3.8. Presentación de los datos**

El resultado se presentó siguiendo los temas definidos e incorporando lo temas emergentes no considerados inicialmente, pero que sean pertinentes a la investigación. Los hallazgos fenomenológicos se presentan en una narración o en temas con subtemas; un buen estudio fenomenológico “toca el alma” del lector. Field y Morse, <sup>100</sup>.

## **CAPÍTULO IV**

### **HALLAZGOS**

La situación descrita permite la artesanía intelectual del investigador sobre los temas emergentes, en una red de significaciones que expanden el horizonte de nuevos subtemas selectivos, que comprenden de modo holístico al fenómeno en estudio.

Tal como lo señala Ullin <sup>101</sup>, en los estudios cualitativos, las agrupaciones de codificación están constituidas por numerosos segmentos de texto para cada tema. Ello va a permitir manejar no sólo un análisis sencillo sino también conjuntos más complejos de datos, incluidos los que tienen relativamente poca estructura.

Los temas y subtemas pueden aparecer en diferentes partes del material transcrito de las entrevistas a lo largo de las manifestaciones informativas con lo cual se expresa la riqueza y profundidad de la expresión en los datos. Desde esta perspectiva, se disgregan los diversos procedimientos vinculados en la construcción de los temas y su organización en subtemas, a partir de las voces de los informantes clave.

### **4.3 Descripción de datos generales de las personas con hipertensión arterial entrevistados**

Las ocho (8) personas que fueron entrevistadas a fin de interpretar el significado de la prevención de las complicaciones en salud, estuvieron ubicadas en las edades comprendidas desde treinta y siete (37) años hasta los sesenta y dos (62) años de edad, con un tiempo de padecimiento de la enfermedad que oscila entre un (1) año hasta dieciséis (16) respectivamente.

Al conocer sobre la situación que presenta el informante 1 (EP-IC-1), el cual se identificó como una persona de cuarenta y cinco (45) años de edad con padecimiento de la enfermedad hipertensiva desde hace seis (6) años. En este sentido, no tuvo ningún problema para conversar sobre su situación de salud, las vivencias que le ha tocado transitar consigo mismo y con su familia para seguir sus actividades sociales con las correspondientes recomendaciones médicas sobre su caso. Como todas las entrevistas del estudio, esta técnica se llevó a cabo durante la consulta de cardiología en el Servicio Médico Ambulatorio del Comando Regional N° 4 de la Guardia Nacional Bolivariana en Barquisimeto-estado Lara.

En cuanto al informante clave 2 (EP-IC-2), de cuarenta y dos (42) años, mencionó en la entrevista, estar padeciendo de hipertensión arterial desde hace un (1) año. Su voluntad manifestada para compartir con el investigador las realidades de su situación de salud fue dándose a medida que transcurría la conversación donde

contribuyó con su opinión al enfoque global e integral de la información respecto a las vivencias en la cotidianidad del tratamiento seguido por la hipertensión arterial.

Asimismo, el informante clave 3 (EP-IC-3), fue aportando en la intersubjetividad los modos de superación en las actividades que desempeña diariamente al cumplir el tratamiento recomendado por el especialista respecto a la hipertensión arterial, enfermedad que parece desde hace dieciséis (16) años. Actualmente tiene cincuenta y un (51) años de edad.

En relación al informante clave 4 (EP-IC-4), de treinta y siete (37) años de edad, no tuvo dificultad para expresar sus vivencias encontrar tratamiento que recibe y las experiencias familiares y sociales por las cuales transcurre durante los nueve (9) años que padece de hipertensión arterial.

Igualmente, el informante clave 5 (EP-IC-5), fue preciso al destacar todos los eventos llevados a cabo respecto al cumplimiento del tratamiento y las expresiones manifestadas en su seno familiar y social respecto a las actividades que cumplen cotidianamente desde hace ocho o nueve (8 o 9) años que recuerda parecer de hipertensión arterial, es sus cuarenta y siete (47) años de edad.

En el mismo orden de ideas, el informante clave 6 (EP-IC-6), destacó fácilmente su versión sobre las experiencias vividas en el cumplimiento del

tratamiento recomendado por el especialista al tratar por quince (15) años de hipertensión arterial. Actualmente tiene sesenta y dos (62) años de edad.

Dentro de la misma perspectiva, conversó voluntariamente el informante clave 7 (EP-IC-7), sobre el padecimiento de hipertensión arterial desde hace diez (10) años y sus experiencias manifestadas de manera abierta al investigador, en confianza y desde una perspectiva vivencial en las situaciones que reflejó sobre la enfermedad. Actualmente tiene sesenta (60) años de edad.

Finalmente, el informante clave 8 (EP-IC-8), dio a entender sus convicciones respecto al cumplimiento de la enfermedad así como la situación de cambios que se generan en el conocimiento sobre la hipertensión arterial tanto de la familia como de la sociedad. Esta situación se llevó a cabo en la consulta de cardiología de la institución objeto de estudio, donde señaló que lleva catorce (14) años con el tratamiento y su vida actual es satisfactoria dentro los cuarenta y dos (42) años de edad.

En cuanto a las características generales de las personas con hipertensión arterial entrevistados conformaron un grupo con algunas experiencias semejantes en su esencia sobre su cuidado a la salud y el escenario de sus dinámicas familiares y sociales presentó condiciones homogéneas respecto al seguimiento del tratamiento.

Para los efectos de su análisis e interpretación se fragmentó la información de acuerdo con los temas y subtemas que emergieron espontáneamente.

#### **4.2 Descripción e interpretación de los datos obtenidos a través de las entrevistas en profundidad, consideradas a partir de las voces de las personas con hipertensión arterial**

Para la correspondiente presentación de los hallazgos de la investigación se realizó **la primera fase** según Colaizzi, consistente en una lectura minuciosa en el material protocolar de las entrevistas, a fin de interpretar el sentido significado que los informantes clave le atribuyen al fenómeno considerado en el estudio respecto a la hipertensión arterial, en la perspectiva de generar unidades de significados para cada frase presión significativa relevante en la coherencia de la situación del estudio. Como **segunda fase** se hace la extracción de frases significativas del fenómeno, una vez obtenidas estas frases, se sigue para la **tercera fase** con la formulación del significado para cada expresión o frase, esto conlleva a la **cuarta fase** donde procede organizar significados para cada entrevista en temas, en la **quinta fase** se realiza el asumir esos significados, para validar los temas seleccionados que ya corresponde a la **sexta fase** del proceso. Seguidamente corresponde la **séptima fase** que es desarrollar las descripciones exhaustivas y la octava y última fase el proceso de verificar con los informantes claves las interpretaciones asumidas por el investigador.

Bajo esta perspectiva, la selectividad de los temas y consecuentemente su organización significativa, permitió validar tales aspectos confrontándolos con el núcleo de las descripciones originales de cada informantes clave a fin de desarrollar interpretativamente las descripciones temáticas en cada uno de los casos.

**4.2.1. Formular el significado para cada frase o afirmación/expresión significativa seleccionada**

**INFORMANTE CLAVE (EP-IC-1)**

**Diversos cambios para el cuidado**

“En realidad muchos cambios en los hábitos alimenticios, en la rutina, aparte de eso, la familia con el estrés que no haga algo indebido, cuidándome”. (EP-IC-1).

“Hacerse un chequeo de exámenes, es difícil evitar pero no imposible, disminuir la sal, mejorar nuestra dieta, evitar fumar, evitar la carne” (EP-IC-1)

**Asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida**

“Cambiado totalmente no, yo me adapté a mi enfermedad no voy a ser un mártir, por mi enfermedad ni nada por el estilo, simplemente tengo que asumirla y vivir las consecuencias” (EP-IC-1)

“Todo comienzo es difícil, al principio fue fuerte cambiar los hábitos alimenticios, sin embargo hoy en día estoy contento” (EP-IC-1)

“Cumpló con mi cuota del contrato, mi cuota es cuidar mi alimentación, cumplir con mi tratamiento, si cumpló con esto no le tengo temor a las consecuencias de la enfermedad, porque ya estoy cumpliendo con la parte mía, si pasa algo mayor, es porque escapa de mis manos, algo que no estaba dentro de mis limitaciones”. (EP-IC-1)

#### **Variar encuentros sociales por los cuidados**

“Reorienté los grupos donde fumaban y bebían, sí disminuyó iba pero sólo un rato, ya no me trasnochaba por mi patología” (EP-IC-1)

#### **Visualizar la buena vida en aspectos saludables**

“Lo que pasa es que pensamos que la buena vida es sólo bebidas alcohólicas y bochinche, pero no pensamos en las cosas sanas como tal” (EP-IC-1)

#### **Evitar los alimentos contraindicados**

“Siempre cuido mi alimentación” (EP-IC-1)

#### **Conductas adversas a las indicadas**

“Porque de realizar la caminata realmente no lo hago” (EP-IC-1)

“Tomo café, no como un hábito dañino” (EP-IC-1)

“No seguí haciéndome revisiones constantes en ese aspecto” (EP-IC-1)

“El hábito negativo que tengo es comer carne roja” (EP-IC-1)

“Porque le dije al médico, uno a veces rompe la dieta en cualquier oportunidad” (EP-IC-1)

### **Implementar cuidados cuando aparecen los síntomas**

“...desde esa fecha no seguí haciéndome revisiones constantes en ese aspecto; hasta en el 2004 que me estalló un pre infarto”. (EP-IC-1)

### **Prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones y el tratamiento**

“Mi tratamiento nunca dejo que se me agote y si voy a viajar mis medicinas van conmigo a todos lados” (EP-IC-1)

“Es una enfermedad de mucho riesgo, hay que tratarla con mucho cuidado, cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico” (EP-IC-1)

### **Revisiones Periódicas con el Especialista de la salud**

“Cada 6 meses empecé, después fue anual, pero mínimo anual todos los noviembre me hago los exámenes médicos anual y voy al especialista” (EP-IC-1)

**Orientar los cuidados acorde con la información sobre la enfermedad, sin miedo, con confianza**

“La verdad es que me aboco a lo que he leído, que es una enfermedad silenciosa, que es traicionera” (EP-IC-1)

“Entonces, no tengo porque tener temor a la realidad que desconozco, lo que yo conozco trato de prevenirlo y evitarlo y por esa parte me siento tranquilo, no tengo temor, siento seguridad” (EP-IC-1)

**Tranquilidad al aceptar una enfermedad que tiene tratamiento para controlarla.**

“Me siento tranquilo, es algo que considero entre lo normal y lo natural, todos en este mundo estamos propensos a tener una enfermedad, al día es por lo menos tratable, controlable”. (EP-IC-1)

“Me siento bien, claro, me cambió la vida, pero no es un cambio brusco, es algo leve, no tengo resentimiento como tal” (EP-IC-1)

**Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión**

“Crear una campaña educacional para cambiar nuestro hábito alimenticio y dar a conocer las enfermedades que pueden ocasionar”. (EP-IC-1)

**Consecuencias más frecuentes**

“La más común es el ACV, infarto” (EP-IC-1)

**Otras complicaciones posibles**

“...tales como Hipertensión, Diabetes” (EP-IC-1)

**Enfermedades en la familia relacionadas con la hipertensión**

“Mi madre fue trasplantada hace 2 años porque tenía Insuficiencia Renal Crónica, estaba en Diálisis hasta que fue trasplantada; tengo una hermana que me lleva 6 años, que sufre de tensión alta desde los 14 años, a los 14 años fue diagnosticada hipertensa y con su problema renal es por cálculos a nivel de los riñones Poliquísticos” (EP-IC-1).

“Mi papá es hipertenso. Sin embargo, no tiene patología renal, sólo la hipertensión, y tengo dos hermanos mayores que son hipertensos”. (EP-IC-1)

**Ajustar los contextos con las limitaciones de la enfermedad**

“Con todas sus dificultades como tal, mi hermana tuvo dos hijos tranquilamente”. (EP-IC-1).

**Hacer cambios sin restringir a los familiares**

“Tengo dos niñas menores que no puedo limitar a los niños de la sal, trato de colocarle poca cantidad de sal”. (EP-IC-1)

**Aceptar el apoyo familiar sin afectar su condición de vida**

“Igual en mi casa con mis hijas trato de evitar la mayor molestia, de resto no hay ninguna modificación en mi vida” (EP-IC-1)

**Cuidados excesivos en el primer momento**

“Al principio, mi esposa se sintió muy nerviosa por mi recaída en el 2004 (...) me sobreprotegía” (EPIC-1)

“Sí, mi esposa se bloqueó al principio, pero me apoyaba muchísimo, me atendía muy bien, mis padres y mis hermanos también apoyaron” (EP-IC-1). “Está la familia con el estrés que no haga algo indebido, cuidando que no coma esto ni lo otro” (EP-IC-1)

“Al principio mi esposa sentía temor porque pensaba que si hacíamos el amor, pensaba que podía alterarme emocionalmente que se me podía alterar la tensión y había mucho tabú por su parte” (EP-IC-1)

## **INFORMANTE CLAVE (EP-IC-2)**

### **Modificación de conducta acorde con los cambios en el estado físico**

“Sí cambió, ya que al conocer que usted tiene una enfermedad de alto riesgo trata de disminuir todo lo que hacía aceleradamente y enérgicamente, entonces ahora todo lo hago paso por paso”. (EP-IC-2)

“Yo era una persona muy activa, si era de amanecer yo amanecía, pero ya no es el mismo estado físico” (EP-IC-2)

### **El ámbito laboral dificulta el cumplimiento de los hábitos alimenticios.**

“Por lo menos, aquí en el comando, es difícil que haga dieta” (EP-IC-2)

### **El tipo de trabajo interviene en los cambios emocionales y los cuidados alimenticios**

“Estrés en el trabajo y en la alimentación ya que no tengo la persona idónea para que me haga comida como lo indica el médico”. (EP-IC-2)

“Mis superiores no entienden que con esta enfermedad uno no tiene las mismas energías”. (EP-IC-2)

“ ... mi trabajo que soy militar y me cambia de uno sitio a otro, esos cambios bruscos me pueden ocasionar un ACV o un infarto por una enfermedad, ya que ocasiona estrés laboral, crisis emotiva”. (EP-IC-2)

“De hecho mi coronel es médico internista para que me elabore un informe médico y mis superiores tengan consideración”. (EP-IC-2)

**Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista**

“Bastante, porque como se cambia el tipo de comida, medicinas, esos son gastos extras, ya que la comida de dieta es más costosa, por tal razón hay que hacer un esfuerzo para cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico, también se gasta en las consultas”. (EP-IC-2)

**Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas**

“Muchas veces quedan mal y temo que eso me pueda suceder a mí y eso me afecta psicológicamente”. (EP-IC-2)

**Aprensión por el peligro de la enfermedad**

“Es una enfermedad de mucho riesgo, hay que tratarla con mucho cuidado”.  
(EP-C-2)

“Sí, mucho temor, todos los días cuando me levanto le doy gracias a Dios por haberme levantado bien” (EPIC-2)

### **Posibles consecuencias de la hipertensión**

“Produce ACV, dolor de cabeza, el corazón (infarto) afecta la vista y muchas más”. (EP-IC-2)

“Que puede dar un ACV, un infarto, algo que cause la muerte fulminantemente”. (EP-IC-2)

### **Familiares cercanos con hipertensión**

“Mi mamá y mi padre, (con hipertensión)”. (EP-IC-2)

### **Muerte de familiar**

“... hace 3 años mi padre murió a causa de la hipertensión No cumplió con el tratamiento, y le dio un derrame cerebral”. (EP-IC-2)

“Mi mamá actualmente es hipertensa, pero ella se controla”. (EP-IC-2)

**Cuidados familiares, evitando molestias por conocimiento de las consecuencias**

“Ellos tienen que cuidarme que yo agarre cualquier ira ya que ellos conocen que es la hipertensión arterial y qué pueden ocasionar y por más que sea la sangre duele y por tal razón a ellos también les ha afectado”. (EP-IC-2)

**INFORMANTE CLAVE (EP-IC-3)**

**Asumir la hipertensión como una enfermedad que exige cambios drásticos**

“Pienso que es una enfermedad bastante complicada porque le cambia todo abuso, la forma de vivir, la forma de alimentarse, la forma de llevar la vida, nos cambia por completo la hipertensión arterial alta”. (EP-IC-3)

**Eliminar eventos sociales por la necesidad de ajustarse a los cambios**

“A veces prefiero no salir ya que no me he acostumbrado a ir a una fiesta sin tomar, comer pasapalos, prefiero no salir”. (EP-IC-3)

**Evitar los alimentos contraindicados**

“He tenido que dejar tantas cosas, dejar de comer tantas cosas sabrosas que me hacen daño, dejar de comer para controlar la vida”. (EP-IC-3)

**Conductas adversas a las indicadas**

“La forma de comer, tomo bebidas alcohólicas (todos los fines de semana, cervezas), al otro día siento malestar, pies y manos hinchadas, tensión alta”. (EP-IC-3)

“No tomo precauciones, no hago nada, no le presto mucha importancia, cuando me siento muy mal voy al médico”. (EP-IC-3)

“Tomo bebidas alcohólicas (...), no camino, tomo café, refresco los días de semana”. (EP-IC-3)

**Implementar cuidados cuando aparecen síntomas**

“Sólo con el cardiólogo y con el internista cuando me siento mal”. (EP-IC-3)

**Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión**

“Que se cuiden mucho y que cumplan al pie de la letra lo que le indique el médico”. (EP-IC-3)

“Que se cuiden, que se haga un chequeo cada 6 meses con un cardiólogo o internista, se realicen exámenes que traten de tener controlado los valores, no se limiten sólo a tomarse el medicamento, eviten el sedentarismo, dieta, poca sal, caminar 45 minutos”. (EP-IC-3)

**Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas**

“Cuando me dan los dolores de cabeza muy fuerte que me pueden dar un ACV, le tengo miedo a morir”. (EP-IC-3)

“He sentido temor cuando me han hospitalizado, por la tensión alta”. (EP-IC-3)

**Buscar remedios más económicos**

“Bastante, porque tengo que comprar la dieta y me sale muy costosa, las pastillas son muy costosas y tengo que recurrir a la genérica”. (EP-IC-3)

**Posibles consecuencias de la hipertensión**

“Y si no tenemos cuidado podemos sufrir un infarto, un ACV, problemas de insuficiencia renal, diabetes, problemas de vista”. (EP-IC-3)

“La parte de los riñones, la vista, esos sí”. (EP-IC-3)

“Bueno, desde mis conocimientos se que afecta los riñones, cerebro, corazón, la vista y toda la circulación”. (EP-IC-3)

“Si no tenemos cuidado podemos sufrir un infarto”. (EP-IC-3)

### **Familia con hipertensión**

“Mis abuelos Paternos y Maternos, mis Padres. Mi padre murió de Diabetes”.

(EP-IC-3)

### **Incentivar a la familia a un nuevo sistema en la alimentación**

“Bueno, a mis hijos les ha costado adaptarse a la parte de la alimentación, porque quiero que se alimenten igual que yo, pero no les gusta los metales, la comida sana, no les gusta comer simple”. (EP-IC-3)

### **Cuidados familiares, persuasión y apoyo**

“Sí me han apoyado, sobre todo mi mamá que está pendiente de que me tome la pastilla”. (EP-IC-3)

## **INFORMANTE CLAVE (EP-IC-4)**

### **Asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida**

“He aprendido a vivir con ella, con el tratamiento, con dieta, bueno, con lo que se pueda”. (EP-IC-4).

“En que ya no puede beber, trasnocharse, no vivir alocadamente, sino que vivir la vida más sanamente, los vicios ya que fueron apartados”. (EP-IC-4).

**Evitar los alimentos contraindicados**

“Sí no me alimento bien, me enfermo”. (EP-IC-4)

“El comer mucho, por falta de voluntad para hacer la dieta”. (EP-IC-4)

**Conductas adversas a las indicadas**

“...nada de deporte ni ejercicios”. (EP-IC-4)

“Bueno no hago dieta, por cuestiones económicas porque los alimentos que son para dieta son muy costosos”. (EP-IC-4)

**Implementar cuidados cuando aparecen síntomas**

“Trato de seguir la dieta, y cuidar el estrés, pero sobre todo cumplo la dieta cuando comienzo a sentir algunos síntomas en los dolores de cabeza, si me canso, algún mareo”. (EP-IC-4)

**Limitaciones en las fiestas, ni comidas ni bebidas.**

“Se limita, que uno no puede salir a fiesta y si sale no puede consumir bebidas alcohólicas, consumir los alimentos que son altos en grasa, por eso afecta”. (EP-IC-4)

**La Hipertensión Arterial influye en el desempeño Laboral**

“Sí, por mi profesión, ya uno al ser militar, en esta profesión uno tiene que montar servicio, es muy exigente, y por la enfermedad me limita”. (EP-IC-4)

**El tipo de trabajo interviene en los cambios emocionales y los cuidados alimenticios**

“Al estar estresado (Estrés laboral) se me desequilibran las cifras de la tensión y me han tenido que hospitalizar”. (EP-IC-4)

“Más que todo cuando se presta servicio, el tiempo que dura uno en los comandos, la alimentación no es la adecuada”. (EP-IC-4)

**Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión**

“Que se cuiden, detener esta enfermedad uno no puede vivir la vida a lo loco, tratar de prever”. (EP-IC-4)

**Temor por manifestaciones de dolor que conllevan a presagiar un posible infarto**

“Sí, he sentido temor, he sentido un dolor en el pecho y a raíz de ese dolor me da temor de sufrir un infarto”. (EP-IC-4)

**Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista**

“Me ha afectado en la parte de los medicamentos, en las consultas, en los estudios, lo cual hace un desequilibrio en mi presupuesto, para costearme esta enfermedad es muy costoso”. (EP-IC-4)

**Desequilibrio en el presupuesto**

“Para costear todo esto hay que sacarlos del sueldo, para comprar las medicinas y viajar a Caracas, dejo de comprar cosas para la casa”. (EP-IC-4)

**Diagnóstico de otra patología por causa de los problemas de tensión**

“Por problema de tensión, el Endocrino vio necesario hospitalizarme, para hacerme unos estudios del hígado, donde me dijo que iba a sufrir de diabetes”. (EP-IC-4)

**Posibles consecuencias de la hipertensión**

“La enfermedad que afecta el sistema renal por la diabetes, el corazón que es uno de los órganos que más hay que cuidar y la vista”. (EP-IC-4)

**Cuidados familiares que velan por evitar posibles consecuencias que afecten la salud de la persona con hipertensión arterial**

“Sí, han sido más cuidadosos conmigo queriendo protegerme de cosas que no tengo que hacer”. (EP-IC-4)

“Cien por ciento el apoyo (de la familia), me han cuidado para que esta enfermedad no pase a algo mayor”. (EP-IC-4)

### **INFORMANTE CLAVE (EP-IC-5)**

#### **Evitar los alimentos contraindicados**

“No puedo comer algunas cosas, porque me suben la tensión, o me suben el colesterol y triglicéridos”. (EP-IC-5)

#### **Conductas adversas a las indicadas**

“Tomo refrescos, tomo café, cervezas y soy sedentario, tengo mala circulación, por una vena que tengo obstruida en el corazón, tengo gastritis y no cumplo con la dieta”. (EP-IC-5)

“Mi familia me quita lo que me hace daño pero en la calle me lo como”. (EP-IC-5)

**El tipo trabajo interviene en los cambios emocionales e influye en los valores de tensión arterial**

“En ciertos aspectos, porque trabajo con público y esos a veces me estresa, me afecta me sube la tensión”. (EP-IC-5)

**Los eventos sociales inducen a conductas contraindicadas**

“Bueno, yo pienso que en las fiestas hay bebidas alcohólicas y pasapalos, los cuales me hacen daño”. (EP-IC-5)

**Posibles consecuencias de la hipertensión**

“Se poco, lo que he leído es que puede dar Infarto, ACV, diabetes, la cual perjudica la vista y los riñones” (EP-IC-5)

“Es una enfermedad que va deteriorando poco a poco, con la subida de tensión se pueden dañar algún órgano y eso perjudica a la persona y puede dejar de funcionar el órgano”. (EP-IC-5).

**Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista**

“Bastante, porque los medicamentos son muy costosos, ya que el genérico no es lo mismo”. (EP-IC-5)

**Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión**

“Que hagan su dieta, que coman poca sal, que se tomen su medicamentos, hacer ejercicios (caminar 45 minutos), evitar el cigarrillo, no consumir mucho café, no consumir bebidas alcohólicas”. (EP-IC-5)

**Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas**

“Temor en caer en una cama paralítico o que me afecte un riñón y caer en diálisis”. (EP-IC-5)

**Cuidados familiares que velan por evitar posibles consecuencias que afecten la salud de la persona con hipertensión arterial**

“Ha cambiado porque la familia me dice que no puede comer esto, cambia mi modo de ser”. (EP-IC-5)

**Hacer cambios sin restringir a los familiares**

“La familia trata de hacerme la dieta, para que me sienta bien, pero yo le digo que coman normal”. (EP-IC-5)

## **INFORMANTE CLAVE (EP-IC-6)**

### **Cumplir indicaciones emocionales, alimenticias y el tratamiento médico**

“Sé que tengo que hacer dieta, vivir tranquilo y tomar el hipertensivo”. (EP-IC-6)

### **Conductas adversas a las indicadas**

“Sedentarismo y como mucha carne roja”. (EP-IC-6)

### **Inquietud por otros síntomas a pesar de seguir los cuidados de la tensión**

“He sentido mucha preocupación cuando tengo la tensión alta 40/90, porque pienso en las complicaciones por tener esos valores elevados”. (EP-IC-6)

“Generalmente yo la tengo controlada, cuando se me sube vienen otros síntomas que son los que me preocupan”. (EP-IC-6)

“Sí, a un infarto o a un AVC, me genera temor y angustia”. (EP-IC-6)

### **Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión**

“Que no se limiten sólo a tomarse el medicamento, eviten el sedentarismo, dieta, poca sal, caminar 45 minutos”. (EP-IC-6)

“Bueno, deberían dar charlas en las escuelas, dar charlas a los estudiantes que no coman tanta comida chatarra ya que tiene mucho sodio y químico, que aprendan a comer sano, con poca sal desde preescolar”. (EP-IC-6)

**Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista**

“Bastante porque los medicamentos son muy costosos, para las consultas, los exámenes, influye económicamente en los gastos”. (EP-IC-6)

**Seguir el control preventivo de la tensión, conociendo el comportamiento silencioso de la patología, lo que puede conducir a consecuencias significativas**

“Es una enfermedad asintomática que fácilmente podemos detectar y controlar, porque si no podemos tener complicaciones graves, tenemos que tener un patrón de referencia cuando se sube a 100/140”. (EP-IC-6)

**Posibles consecuencias de la hipertensión**

“Los riesgos pueden ser arteriosclerosis, cardiopatía, problemas renales, problemas visuales”. (EP-IC-6)

**Familia con hipertensión**

“Dos hermanos (tienen antecedentes con hipertensión arterial)”. (EP-IC-6)

**Excluir la influencia familiar**

“No los involucro. (a la familia)”. (EP-IC-6)

### **INFORMANTE CLAVE (EP-IC-7)**

**Momentos difíciles al principio, luego se fueron dando los cambios acorde con la información recibida**

“Al principio fue difícil, por el desconocimiento, pero en la medida que fui informándome se fueron haciendo los cambios”. (EP-IC-7)

**Asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida**

“Vivo una vida normal, pero siempre cumpliendo con el tratamiento”. (EP-IC-7).

**Eliminar eventos sociales por la necesidad de ajustarse a los cambios**

“Ha cambiado porque cuando uno va a las reuniones encuentran los vicios”. (EP-IC-7).

**Seguir viviendo con los cuidados necesarios**

“Trabajar, salir, caminar.... vivir con las restricciones necesarias”. (EP-IC-7).

“...que puedo ejercer actividades, hacer las funciones a las que estaba acostumbrado., consciente que el cambio es cumplir el tratamiento”. (EP-IC-7).

**Comida saludable, eliminando las grasas, la sal, incluyendo vegetales**

“Es bastante sana, el sentido de que como poca sal o cero sal, cero grasas y como vegetales”. (EP-IC-7).

**Posibles consecuencias de la hipertensión**

“Produce ACV, el corazón lo afecta, los riñones, la vista”. (EP-IC-7)

“Pero si hay algún descuido puede traer complicaciones graves, ya que puede afectar el corazón, los riñones”. (EP-IC-7)

**Enfermedades en la familia relacionadas con la hipertensión**

“Mi Madre falleció de un paro cardíaco”. (EP-IC-7)

**Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión.**

“Acudir al médico, a las citas; que cumplan con su tratamiento, no dejarlo de tomar, alimentación sana, hacer ejercicios”. (EP-IC-7)

**Transformaciones asumidas apartando las conductas adversas e implementando conductas favorables a las personas que viven con hipertensión**

“Ninguno, no tengo hábito negativo, camino una hora diaria, no consumo bebidas alcohólicas, desde que me empezó la enfermedad dejé todos los vicios como el cigarrillo, el alcohol, la sal”. (EP-IC-7)

**Prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones y el tratamiento**

“Cada 2 meses (voy al cardiólogo)”. (EP-IC-7)

**Disfrutar Consumiendo sólo lo permitido**

“...pero yo paso un buen rato, tomando agua y si hay comida sana como”.  
(EP-IC-7).

**Inquietud por conocimiento de los trastornos que causa la Hipertensión Arterial**

“Sí, a veces, cuando empecé a sufrir de hipertensión, sentía temor porque sabía las complicaciones que podía traer esta enfermedad”. (EP-IC-7).

“Tenía temor a sentir infarto”. (EP-IC-7).

**Tranquilidad al aceptar una enfermedad que tiene tratamiento para controlarla**

“No, porque ya estoy consciente que al tomar mi tratamiento estoy mas seguro”. (EPIC-7)

### **INFORMANTE CLAVE (EP-IC-8)**

**Al conocer que padecía la enfermedad fue difícil por los antecedentes familiares**

“Cuando me la detectaron si fue fuerte y estaba nervioso porque tenía familiares que habían muerto de esto”. (EP-IC-8)

**Explicación que recibe para reconocer los síntomas que se presentan con la tensión silenciosa y el cuidado que amerita**

“... pero al principio si fue fuerte y más que mi tensión me da un dolor de cabeza fuerte, se me ponen los ojos colorados y una presión atrás; me explicaron que eso se llama la tensión silenciosa y es peligrosa”. (EP-IC-8)

**Evitar los alimentos contraindicados**

“Como trabajo de noche, el nutricionista me dijo que tenía que comer cosas naturales”. (EP-IC-8)

“Pero cuando voy a reuniones me hace más daño la comida que la bebida”.  
(EP-IC-8)

**Síntomas que indican necesidad de buscar ayuda profesional**

“...Cuando estoy muy gordo siento una fatiga un cansancio, una presión; entonces voy para el nutricionista”. (EP-IC-8)

**Conductas adversas a las indicadas**

“Debe ser por los nervios, pero yo fumo. He tratado de dejarlo un poco, tenía como diez o doce años sin hacerlo”. (EPIC-8)

“Hasta una caja”. (EP-IC-8)

“No, algunas veces le quito la sal a la comida pero generalmente como sal”. (EP-IC-8)

**Ejercitarse constantemente**

“Hacer ejercicios, camino una 1 hora diaria”. (EP-IC-8)

“Troto, 3 domingos al mes juego y troto 2 veces a la semana”. (EP-IC-8)

**Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas**

“Sí, cuando se me sube la tensión siento temor de que me pueda dar un ACV, de que quede paralítico y uno tiene una hija y esposa”. (EP-IC-8)

**Proyección para las consultas porque el tratamiento es económico**

“Porque la pastilla de la tensión es bastante económica, lo único es la consulta y eso es cada 6 meses”. (EP-IC-8)

**Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión**

“Dejen de fumar, dejen de consumir bebidas alcohólicas, el mejor remedio para esta enfermedad es una comida balanceada. Las drogas, ya que éstas suben muy rápido la tensión”. (EP-IC-8)

**Prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones y el tratamiento**

“De verdad, es una enfermedad muy peligrosa, por lo menos yo la tengo controlada”. (EP-IC-8)

**Posibles consecuencias de la hipertensión**

“La gente joven que no se cuida y llega a los 40 y 50 que no se la controlan, les da dolores de cabeza, dolores de pecho, les impide hacer algo deportivo daño en el riñón”. (EP-IC-8).

“Trombosis, ACV, daño en el riñón, paro respiratorio que produce un infarto”. (EP-IC-8)

**Enfermedades en la familia relacionadas con la hipertensión**

“...después me dijo que era por herencia, porque la familia mía es hipertensa, mi abuela murió de un infarto, mi papá de un ACV, mis tíos sufren de tensión alta, tengo primos de 15,17 y 21 años que han sufrido de paro respiratorio, del corazón de tensión alta”. (EP-IC-8)

“Hay un niño de 7 años que le estaban haciendo diálisis. ¿Un sobrino? Sí”. (EP-IC-8)

**Cuidados familiares, persuasión y apoyo**

“Muy buena, mi mamá me ha apoyado y me aconsejan bastante, hay mucho apoyo”. (EP-IC-8)

**Diversos cuidados familiares que influyen psicológicamente**

“Bueno a nivel psicológico sí, no emocional, porque mi esposa me dice no bebas mucho, come la comida de la casa que no tiene mucha sal, que tenga cuidado con esto con aquello, algo como nervioso”. (EP-IC-8)

**4.2.2. Organización de los significados para cada entrevista en temas y su validación confrontando las descripciones originales de los informantes**

**Informante 1.** Persona de 51 años de edad con hipertensión arterial (EP-IC-1)

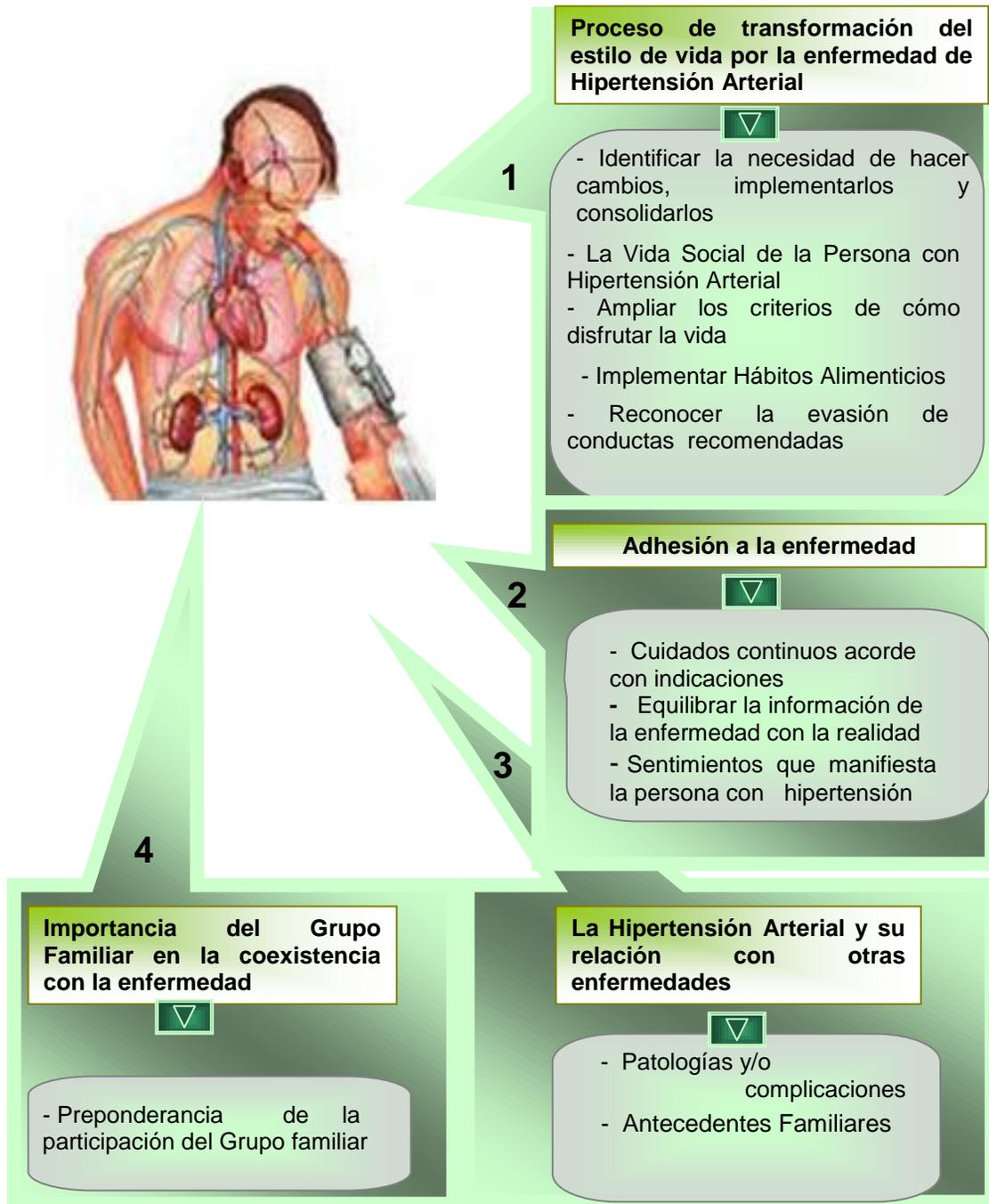
TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<p><b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b></p>	<p>Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos</p>	<p>Diversos cambios para el cuidado</p>	<p>“En realidad muchos cambios en los hábitos alimenticios, en la rutina, aparte de eso, la familia con el estrés que no haga algo indebido, cuidándome”. (EP-IC-1)  “Hacerse un chequeo de exámenes, es difícil evitar pero no imposible, disminuir la sal, mejorar nuestra dieta, evitar fumar, evitar la carne”. (EP-IC-1)</p>
		<p>Asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida</p>	<p>“Cambiado totalmente no, yo me adapté a mi enfermedad no voy a ser un mártir, por mi enfermedad ni nada por el estilo, simplemente tengo que asumirla y vivir las consecuencias”. (EP-IC-1)  “Todo comienzo es difícil, al principio fue fuerte cambiar los hábitos alimenticios, sin embargo hoy en día estoy contento”. (EP-IC-1)  “Cumpro con mi cuota del contrato, mi cuota es cuidar mi alimentación, cumplir con mi tratamiento, si cumpro con esto no le tengo temor a las consecuencias de la enfermedad, porque ya estoy cumpliendo con la parte mía, si pasa algo mayor, es porque escapa de mis manos, algo que no estaba dentro de mis limitaciones”. (EP-IC-1)</p>

<b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b>	La Vida Social de la Persona con Hipertensión Arterial	Variar encuentros sociales por los cuidados	“Reorienté los grupos donde fumaban y bebían, sí disminuyó iba pero sólo un rato, ya no me trasnochaba por mi patología”. (EP-IC-1)
	Ampliar los criterios de cómo disfrutar la vida	Visualizar la buena vida en aspectos saludables	“Lo que pasa es que pensamos que la buena vida es sólo bebidas alcohólicas y bochinche, pero no pensamos en las cosas sanas como tal”. (EP-IC-1)
	Implementar Hábitos Alimenticios	Evitar los alimentos contraindicados	“Siempre cuido mi alimentación”. (EP-IC-1)
	Reconocer la evasión de conductas recomendadas	Conductas adversas a las indicadas	“Porque de realizar la caminata realmente no lo hago (EP-IC-1) Tomo café, no como un hábito dañino”. (EP-IC-1) “No seguí haciéndome revisiones constantes en ese aspecto”. (EP-IC-1) “El hábito negativo que tengo es comer carne roja”. (EP-IC-1) “Porque le dije al médico, uno a veces rompe la dieta en cualquier oportunidad”. (EP-IC-1)
Implementar cuidados cuando aparecen los síntomas		“...desde esa fecha no seguí haciéndome revisiones constantes en ese aspecto; hasta en el 2004 que me estalló un pre infarto”. (EP-IC-1)	

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Cuidados continuos acorde con indicaciones	Prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones y el tratamiento	<p>“Mi tratamiento nunca deajo que se me agote y si voy a viajar mis medicinas van conmigo a todos lados”. (EP-IC-1)</p> <p>“Es una enfermedad de mucho riesgo, hay que tratarla con mucho cuidado, cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico”. (EP-IC-1)</p>
		Revisiones Periódicas con el Especialista de la salud	<p>“Cada 6 meses empecé, después fue anual, pero mínimo anual todos los noviembres me hago los exámenes médicos anual y voy al especialista”. (EP-IC-1)</p>
	Equilibrar la información de la enfermedad con la realidad	Orientar los cuidados acorde con la información sobre la enfermedad, sin miedo, con confianza	<p>“La verdad es que me aboco a lo que he leído, que es una enfermedad silenciosa, que es traicionera”. (EP-IC-1)</p> <p>“Entonces, no tengo porque tener temor a la realidad que desconozco, lo que yo conozco trato de prevenirlo y evitarlo y por esa parte me siento tranquilo, no tengo temor, siento seguridad”. (EP-IC-1)</p>
	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Tranquilidad al aceptar una enfermedad que tiene tratamiento para controlarla.	<p>“Me siento tranquilo, es algo que considero entre lo normal y lo natural, todos en este mundo estamos propensos a tener una enfermedad, al día es por lo menos tratable, controlable”. (EP-IC-1)</p> <p>“Me siento bien, claro, me cambió la vida, pero no es un cambio brusco, es algo leve, no tengo resentimiento como tal”. (EP-IC-1)</p>
	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	<p>“Crear una campaña educacional para cambiar nuestros hábitos alimenticios y dar a conocer las enfermedades que pueden ocasionar”. (EP-IC-1)</p>

<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y complicaciones	Consecuencias más frecuentes	“la más común es el ACV, infarto”. (EP-IC-1)
		Otras complicaciones posibles	...tales como Hipertensión, Diabetes”.(EP-IC-1)
	Antecedentes Familiares	Enfermedades en la familia relacionadas con la hipertensión	“Mi madre fue trasplantada hace 2 años porque tenía Insuficiencia Renal Crónica, estaba en Diálisis hasta que fue trasplantada; tengo una hermana que me lleva 6 años, que sufre de tensión alta desde los 14 años, a los 14 años fue diagnosticada hipertensa y con su problema renal es por cálculos a nivel de los riñones Poliquísticos”. (EP-IC-1) “Mi papá es hipertenso. Sin embargo, no tiene patología renal, sólo la hipertensión, y tengo dos hermanos mayores que son hipertensos”. (EP-IC-1)
		Ajustar los contextos con las limitaciones de la enfermedad	“Con todas sus dificultades como tal, mi hermana tuvo dos hijos tranquilamente”. (EP-IC-1).
<b>Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad</b>	Preponderancia de la participación del Grupo familiar	Hacer cambios sin restringir a los familiares	“Tengo dos niñas menores que no puedo limitar a los niños de la sal, trato de colocarle poca cantidad de sal”. (EP-IC-1)
		Aceptar el apoyo familiar sin afectar su condición de vida	“Igual en mi casa con mis hijas trato de evitar la mayor molestia, de resto no hay ninguna modificación en mi vida”. (EP-IC-1)
		Cuidados excesivos en el primer momento	“Al principio, mi esposa se sintió muy nerviosa por mi recaída en el 2004 (...) me sobreprotegía” (EPIC-1) “Sí, mi esposa se bloqueó al principio, pero me apoyaba muchísimo, me atendía muy bien, mis padres y mis hermanos también apoyaron (EP-IC-1) Está la familia con el estrés que no haga algo indebido, cuidando que no coma esto ni lo otro”. (EP-IC-1) “Al principio mi esposa sentía temor porque pensaba que si hacíamos el amor, pensaba que podía alterarme emocionalmente que se me podía alterar la tensión y había mucho tabú por su parte”. (EP-IC-1)

**Diagrama 1.- Temas y subtemas emergentes del informante clave 1.**

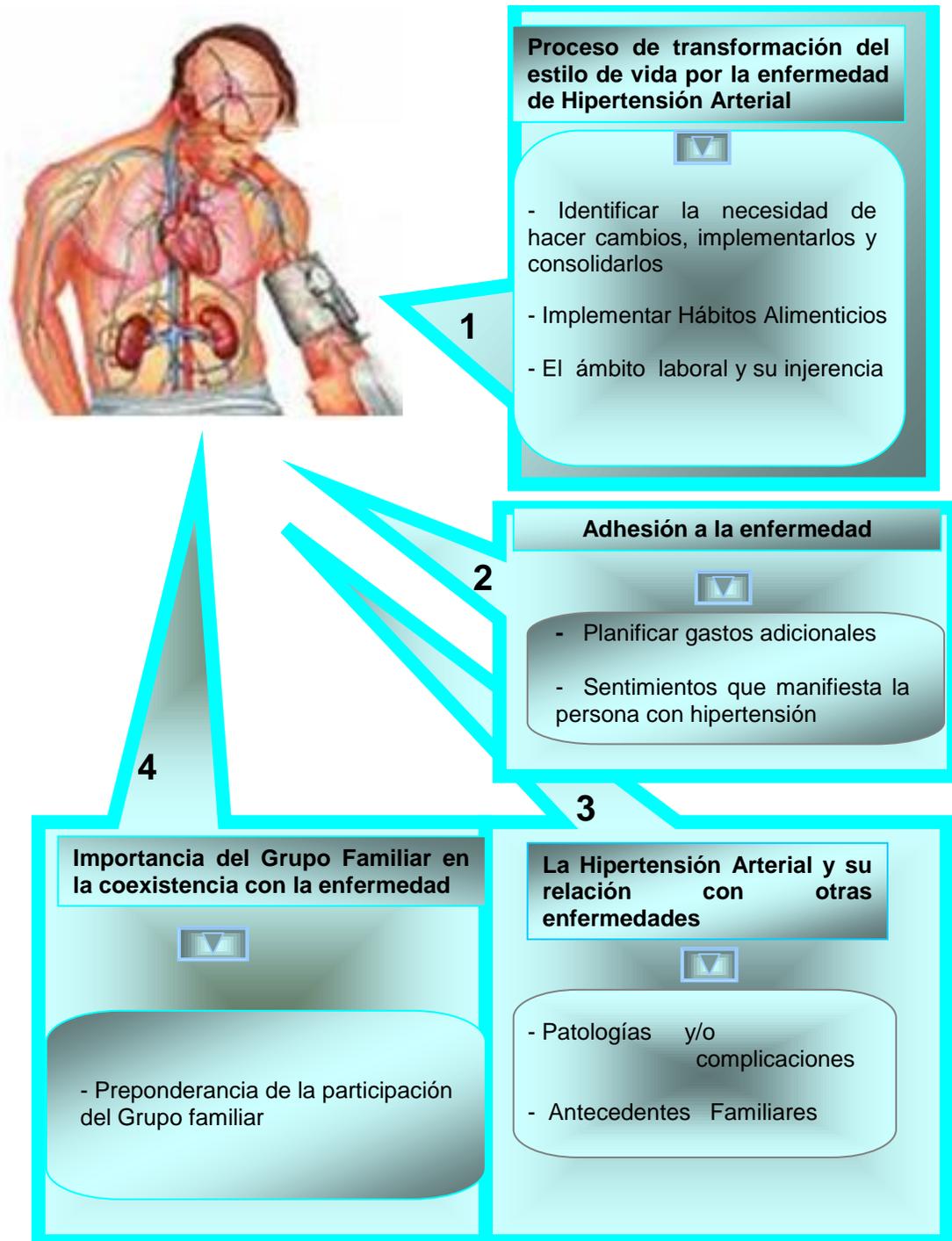


**Informante 2. Persona de 40 años de edad con hipertensión arterial (EP-IC-2)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<p><b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b></p>	<p>Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos</p>	<p>Modificación de conducta acorde con los cambios en el estado físico</p>	<p>“Sí cambió, ya que al conocer que usted tiene una enfermedad de alto riesgo trata de disminuir todo lo que hacía aceleradamente y enérgicamente, entonces ahora todo lo hago paso por paso”. (EP-IC-2)  “Yo era una persona muy activa, si era de amanecer yo amanecía, pero ya no es el mismo estado físico”. (EP-IC-2)</p>
	<p>Implementar Hábitos Alimenticios</p>	<p>El ámbito laboral dificulta el cumplimiento de los hábitos alimenticios</p>	<p>“Por lo menos, aquí en el comando, es difícil que haga dieta” (EP-IC-2)</p>
	<p>El ámbito laboral y su injerencia</p>	<p>El tipo de trabajo interviene en los cambios emocionales y los cuidados alimenticios</p>	<p>“Estrés en el trabajo y en la alimentación ya que no tengo la persona idónea para que me haga comida como lo indica el médico”. (EP-IC-2)  “Mis superiores no entienden que con esta enfermedad uno no tiene las mismas energías”. (EP-IC-2)  “...mi trabajo que soy militar y me cambia de uno sitio a otro, esos cambios bruscos me pueden ocasionar un ACV o un infarto por una enfermedad, ya que ocasiona estrés laboral, crisis emotiva”. (EP-IC-2)  “De hecho mi coronel es médico internista para que me elabore un informe médico y mis superiores tengan consideración”. (EP-IC-2)</p>

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Planificar gastos adicionales	Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista	“Bastante, porque como se cambia el tipo de comida, medicinas, esos son gastos extras, ya que la comida de dieta es más costosa, por tal razón hay que hacer un esfuerzo para cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico, también se gasta en las consultas”. (EP-IC-2)
	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas	“Muchas veces quedan mal y temo que eso me pueda suceder a mí y eso me afecta psicológicamente”. (EP-IC-2)
		Aprensión por el peligro de la enfermedad	“Es una enfermedad de mucho riesgo, hay que tratarla con mucho cuidado”. (EP-IC-2) “Sí, mucho temor, todos los días cuando me levanto le doy gracias a Dios por haberme levantado bien”. (EPIC-2)
<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y/o Complicaciones	Posibles consecuencias de la hipertensión	“Produce ACV, dolor de cabeza, el corazón (infarto) afecta la vista y muchas más”. (EP-IC-2) “Que puede dar un ACV, un infarto, algo que cause la muerte fulminantemente”. (EP-IC-2)
	Antecedentes Familiares	Familiares cercanos con hipertensión	“Mi mamá y mi padre,(con hipertensión)”. (EP-IC-2)
		Muerte de familiar	“...hace 3 años mi padre murió a causa de la hipertensión No cumplió con el tratamiento, y le dio un derrame cerebral”. (EP-IC-2)
<b>Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad</b>	Preponderancia de la participación del Grupo familiar	Cuidados familiares, evitando molestias por conocimiento de las consecuencias	“Ellos tienen que cuidarme que yo agarre cualquier ira ya que ellos conocen que es la hipertensión arterial y qué pueden ocasionar y por más que sea la sangre duele y por tal razón a ellos también les ha afectado”. (EP-IC-2)

**Diagrama 2.- Temas y subtemas emergentes del informante clave 2**



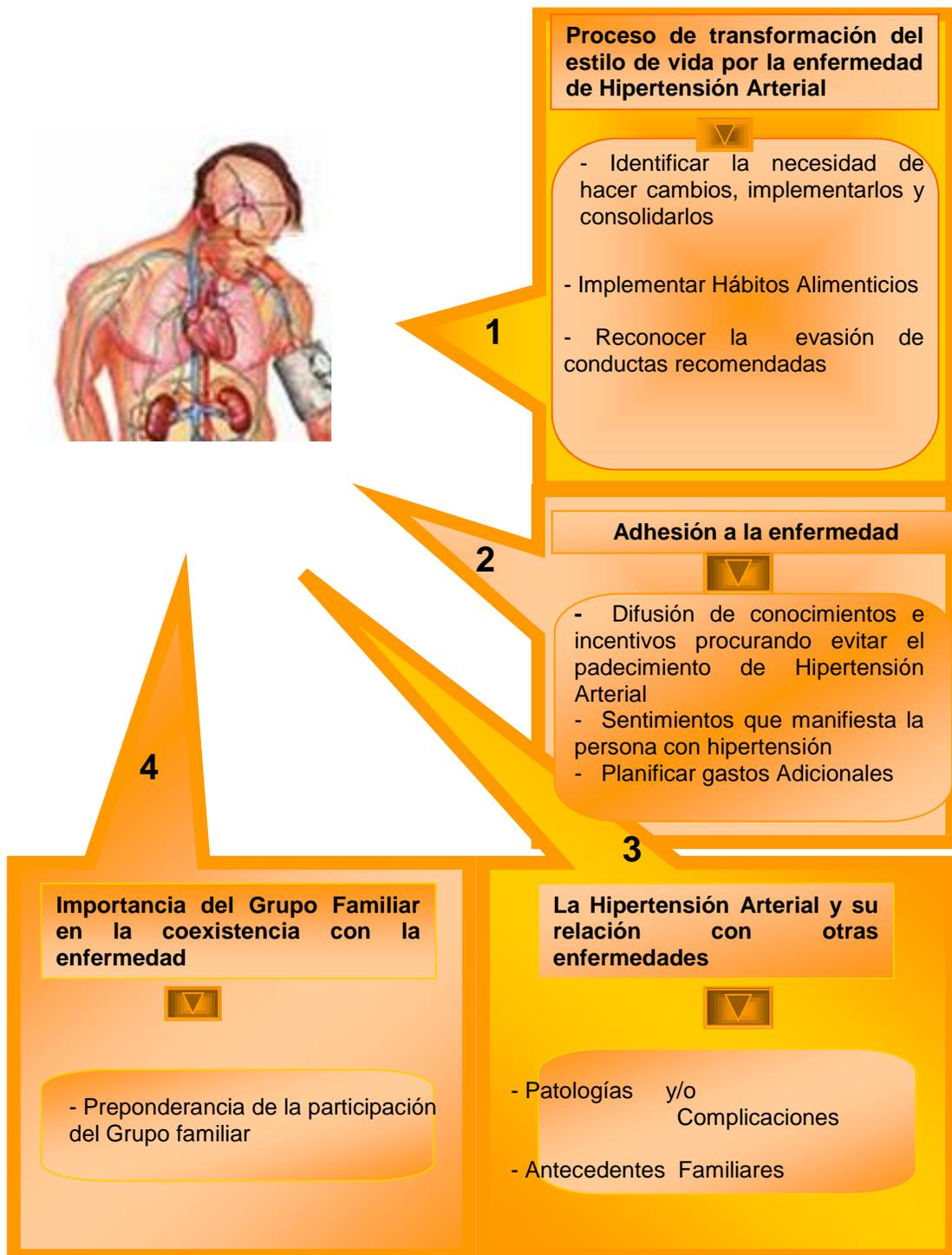
**Informante 3. Persona de 51 años de edad con hipertensión arterial (EP-IC-3)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<p><b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b></p>	<p>Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos</p>	<p>Asumir la hipertensión como una enfermedad que exige cambios drásticos</p>	<p>“Pienso que es una enfermedad bastante complicada porque le cambia todo abuso, la forma de vivir, la forma de alimentarse, la forma de llevar la vida, nos cambia por completo la hipertensión arterial alta”. (EP-IC-3)</p>
		<p>Eliminar eventos sociales por la necesidad de ajustarse a los cambios</p>	<p>“A veces prefiero no salir ya que no me he acostumbrado a ir a una fiesta sin tomar, comer pasapalos, prefiero no salir”. (EP-IC-3)</p>
	<p>Implementar Hábitos Alimenticios</p>	<p>Evitar los alimentos contraindicados</p>	<p>“He tenido que dejar tantas cosas, dejar de comer tantas cosas sabrosas que me hacen daño, dejar de comer para controlar la vida”. (EP-IC-3)</p>
	<p>Reconocer la evasión de conductas recomendadas</p>	<p>Conductas adversas a las indicadas</p>	<p>“La forma de comer, tomo bebidas alcohólicas (todos los fines de semana, cervezas), al otro día siento malestar, pies y manos hinchadas, tensión alta”. (EP-IC-3)  “Tomo bebidas alcohólicas (...), no camino, tomo café, refresco los días de semana”. (EP-IC-3)</p>
		<p>Implementar cuidados cuando aparecen síntomas</p>	<p>“No tomo precauciones, no hago nada, no le presto mucha importancia, cuando me siento muy mal voy al médico”. (EP-IC-3)  “Sólo con el cardiólogo y con el internista cuando me siento mal”. (EP-IC-3)</p>

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	<p>“Que se cuiden mucho y que cumplan al pie de la letra lo que le indique el médico”. (EP-IC-3)</p> <p>“Que se cuiden, que se haga un chequeo cada 6 meses con un cardiólogo o internista, se realicen exámenes que traten de tener controlado los valores, no se limiten sólo a tomarse el medicamento, eviten el sedentarismo, dieta, poca sal, caminar 45 minutos”. (EP-IC-3)</p>
	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas	<p>“Cuando me dan los dolores de cabeza muy fuerte que me pueden dar un ACV, le tengo miedo a morir”. (EP-IC-3)</p> <p>“He sentido temor cuando me han hospitalizado, por la tensión alta”. (EP-IC-3)</p>
	Planificar gastos Adicionales	Buscar remedios más económicos	<p>“Bastante, porque tengo que comprar la dieta y me sale muy costosa, las pastillas son muy costosas y tengo que recurrir a la genérica”. (EP-IC-3)</p>
<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y/o Complicaciones	Posibles consecuencias de la hipertensión	<p>“Y si no tenemos cuidado podemos sufrir un infarto, un ACV, problemas de insuficiencia renal, diabetes, problemas de vista”. (EP-IC-3)</p> <p>“La parte de los riñones, la vista, esos sí”. (EP-IC-3)</p> <p>“Bueno, desde mis conocimientos se que afecta los riñones, cerebro, corazón, la vista y toda la circulación”. (EP-IC-3)</p> <p>“Si no tenemos cuidado podemos sufrir un infarto”. (EP-IC-3)</p>

	Antecedentes Familiares	Familia con hipertensión	“Mis abuelos Paternos y Maternos, mis Padres. Mi padre murió de Diabetes”. (EP-IC-3)
<b>Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad</b>	Preponderancia de la participación del Grupo familiar	Incentivar a la familia a un nuevo sistema en la alimentación	“Bueno, a mis hijos les ha costado adaptarse a la parte de la alimentación, porque quiero que se alimenten igual que yo, pero no les gusta los metales, la comida sana, no les gusta comer simple”. (EP-IC-3)
		Cuidados familiares, persuasión y apoyo	“Sí me han apoyado, sobre todo mi mamá que está pendiente de que me tome la pastilla2. (EP-IC-3)

**Diagrama 3. Temas y subtemas emergentes del informante clave 3**



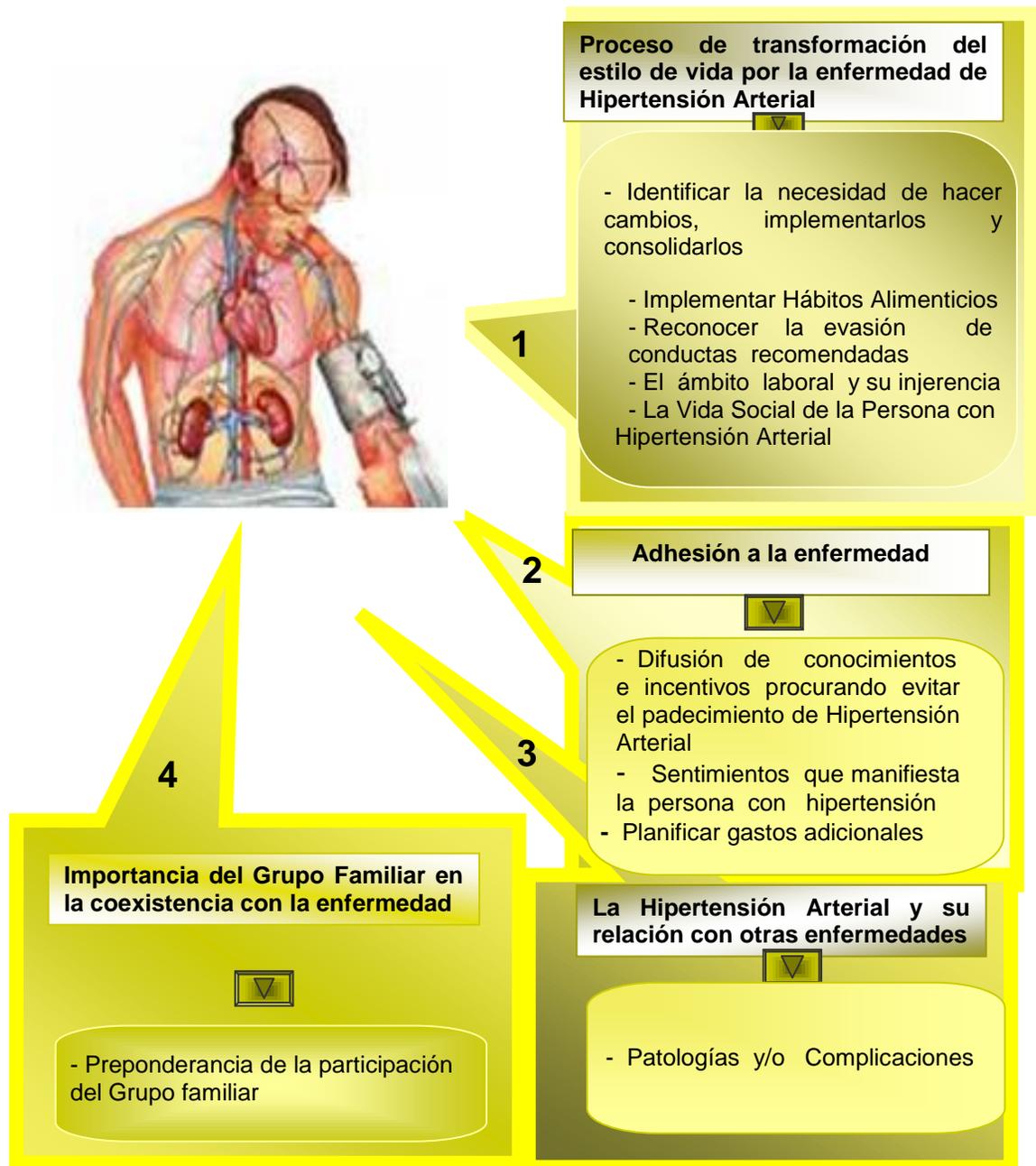
**Informante 4. Persona de 37 años de edad con hipertensión arterial (EP-IC-4)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<p><b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b></p>	<p>Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos</p>	<p>Asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida</p>	<p>“He aprendido a vivir con ella, con el tratamiento, con dieta, bueno, con lo que se pueda”. (EP-IC-4).  “En que ya no puede beber, trasnocharse, no vivir alocadamente, sino que vivir la vida más sanamente, los vicios ya que fueron apartados”. (EP-IC-4).</p>
	<p>Implementar Hábitos Alimenticios</p>	<p>Evitar los alimentos contraindicados</p>	<p>“Sí no me alimento bien, me enfermo”. (EP-IC-4)  “El comer mucho, por falta de voluntad para hacer la dieta”. (EP-IC-4)</p>
	<p>Reconocer la evasión de conductas recomendadas</p>	<p>Conductas adversas a las indicadas</p>	<p>“...nada de deporte ni ejercicios”. (EP-IC-4)  “Bueno no hago dieta, por cuestiones económicas porque los alimentos que son para dieta son muy costosos”. (EP-IC-4)</p>
		<p>Implementar cuidados cuando aparecen síntomas</p>	<p>“Trato de seguir la dieta, y cuidar el estrés, pero sobre todo cumplo la dieta cuando comienzo a sentir algunos síntomas en los dolores de cabeza, si me canso, algún mareo”. (EP-IC-4)</p>

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	La Vida Social de la Persona con Hipertensión Arterial	Limitaciones en las fiestas, ni comidas ni bebidas	“Se limita, que uno no puede salir a fiesta y si sale no puede consumir bebidas alcohólicas, consumir los alimentos que son altos en grasa, por eso afecta”. (EP-IC-4)
	El ámbito laboral y su injerencia	La Hipertensión Arterial influye en el desempeño laboral	“Sí, por mi profesión, ya uno al ser militar, en esta profesión uno tiene que montar servicio, es muy exigente, y por la enfermedad me limita”. (EP-IC-4)
		El tipo de trabajo interviene en los cambios emocionales y los cuidados alimenticios	“Al estar estresado (Estrés laboral) se me desequilibran las cifras de la tensión y me han tenido que hospitalizar”. (EP-IC-4) “Más que todo cuando se presta servicio, el tiempo que dura uno en los comandos, la alimentación no es la adecuada”. (EP-IC-4)
	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	“Que se cuiden, detener esta enfermedad uno no puede vivir la vida a lo loco, tratar de prever”. (EP-IC-4)
	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Temor por manifestaciones de dolor que conllevan a presagiar un posible infarto	“Sí, he sentido temor, he sentido un dolor en el pecho y a raíz de ese dolor me da temor de sufrir un infarto”. (EP-IC-4)

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Planificar gastos adicionales	Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista	“Me ha afectado en la parte de los medicamentos, en las consultas, en los estudios, lo cual hace un desequilibrio en mi presupuesto, para costearme esta enfermedad es muy costoso”. (EP-IC-4)
		Desequilibrio en el presupuesto	“Para costear todo esto hay que sacarlos del sueldo, para comprar las medicinas y viajar a Caracas, dejo de comprar cosas para la casa”. (EP-IC-4)
<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y/o Complicaciones	Diagnóstico de otra patología por causa de los problemas de tensión	“Por problema de tensión, el Endocrino vio necesario hospitalizarme, para hacerme unos estudios del hígado, donde me dijo que iba a sufrir de diabetes”. (EP-IC-4)
		Posibles consecuencias de la hipertensión	“La enfermedad que afecta el sistema renal por la diabetes, el corazón que es uno de los órganos que más hay que cuidar y la vista”. (EP-IC-4)
<b>Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad</b>	Preponderancia de la participación del Grupo familiar	Cuidados familiares que velan por evitar posibles consecuencias que afecten la salud de la persona con hipertensión arterial	“Sí, han sido más cuidadosos conmigo queriendo protegerme de cosas que no tengo que hacer”. (EP-IC-4) “100% el apoyo (de la familia), me han cuidado para que esta enfermedad no pase a algo mayor”. (EP-IC-4)

**Diagrama 4. Temas y subtemas emergentes del informante clave 4**

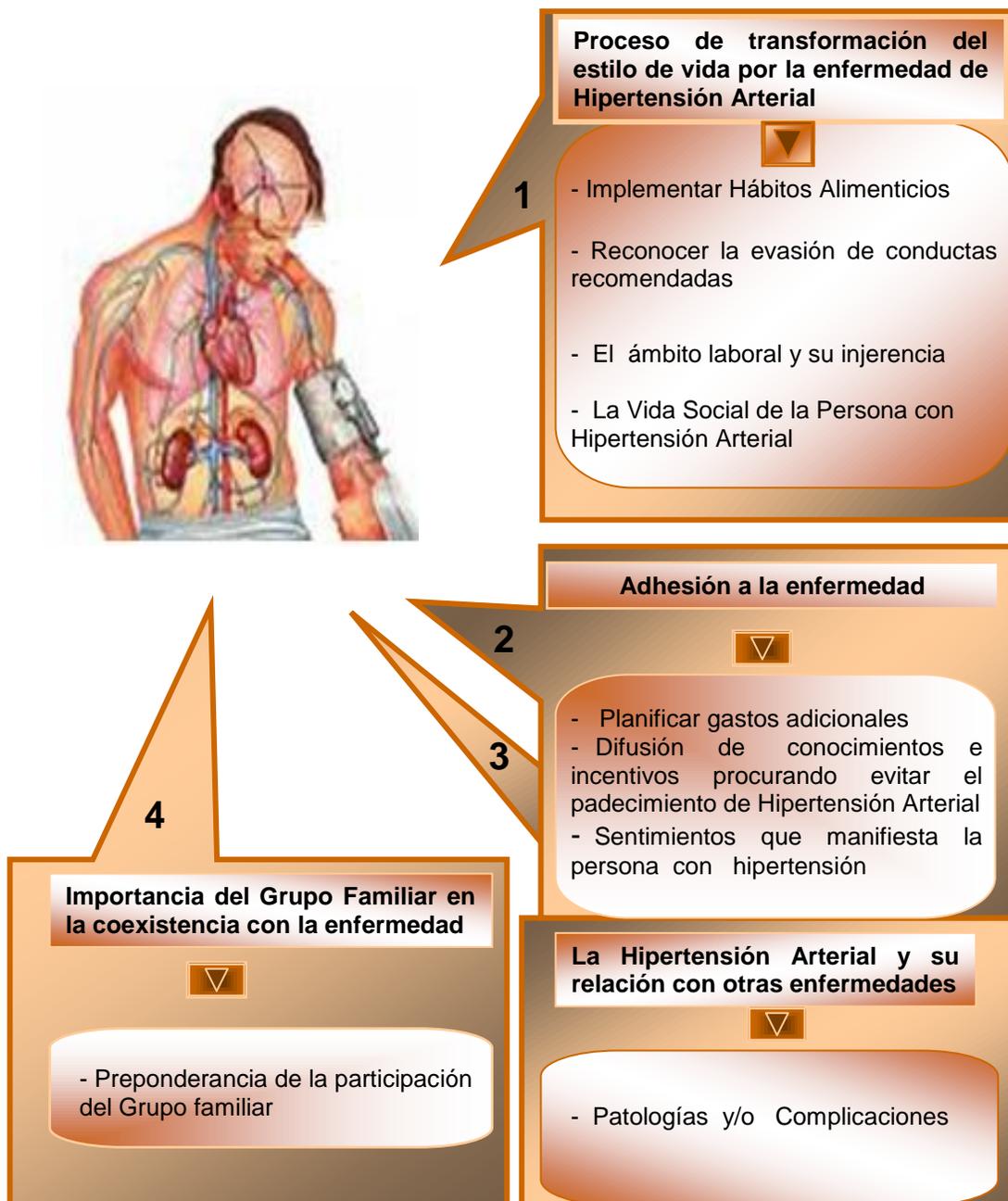


**Informante 5. Persona de 47 años de edad con Hipertensión arterial (EP-IC-5)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b>	Implementar Hábitos Alimenticios	Evitar los alimentos contraindicados	“No puedo comer algunas cosas, porque me suben la tensión, o me suben el colesterol y triglicéridos”. (EP-IC-5)
	Reconocer la evasión de conductas recomendadas	Conductas adversas a las indicadas	“Tomo refrescos, tomo café, cervezas y soy sedentario, tengo mala circulación, por una vena que tengo obstruida en el corazón, tengo gastritis y no cumplo con la dieta. (EP-IC-5) mi familia me quita lo que me hace daño pero en la calle me lo como”. (EP-IC-5)
	El ámbito laboral y su injerencia	El tipo trabajo interviene en los cambios emocionales e influye en los valores de tensión arterial	“En ciertos aspectos, porque trabajo con público y esos a veces me estresa, me afecta me sube la tensión”. (EP-IC-5)
	La Vida Social de la Persona con Hipertensión Arterial	Los eventos sociales inducen a conductas contraindicadas	“Bueno, yo pienso que en las fiestas hay bebidas alcohólicas y pasapalos, los cuales me hacen daño”. (EP-IC-5)
<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Planificar gastos adicionales	Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista	“Bastante, porque los medicamentos son muy costosos, ya que el genérico no es lo mismo”. (EP-IC-5)

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	“Que hagan su dieta, que coman poca sal, que se tomen su medicamentos, hacer ejercicios (caminar 45 minutos), evitar el cigarrillo, no consumir mucho café, no consumir bebidas alcohólicas”. (EP-IC-5)
	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas	“Temor en caer en una cama paralítico o que me afecte un riñón y caer en diálisis”. (EP-IC-5)
<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y/o Complicaciones	Posibles consecuencias de la hipertensión	“Se poco, lo que he leído es que puede dar Infarto, ACV, diabetes, la cual perjudica la vista y los riñones”. (EP-IC-5) “Es una enfermedad que va deteriorando poco a poco, con la subida de tensión se pueden dañar algún órgano y eso perjudica a la persona y puede dejar de funcionar el órgano”. (EP-IC-5).
<b>Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad</b>	Preponderancia de la participación del Grupo familiar	Cuidados familiares que velan por evitar posibles consecuencias que afecten la salud de la persona con hipertensión arterial	“Ha cambiado porque la familia me dice que no puede comer esto, cambia mi modo de ser”. (EP-IC-5)
		Hacer cambios sin restringir a los familiares	“La familia trata de hacerme la dieta, para que me sienta bien, pero yo le digo que coman normal”. (EP-IC-5)

**Diagrama 5. Temas y subtemas emergentes del informante clave 5**

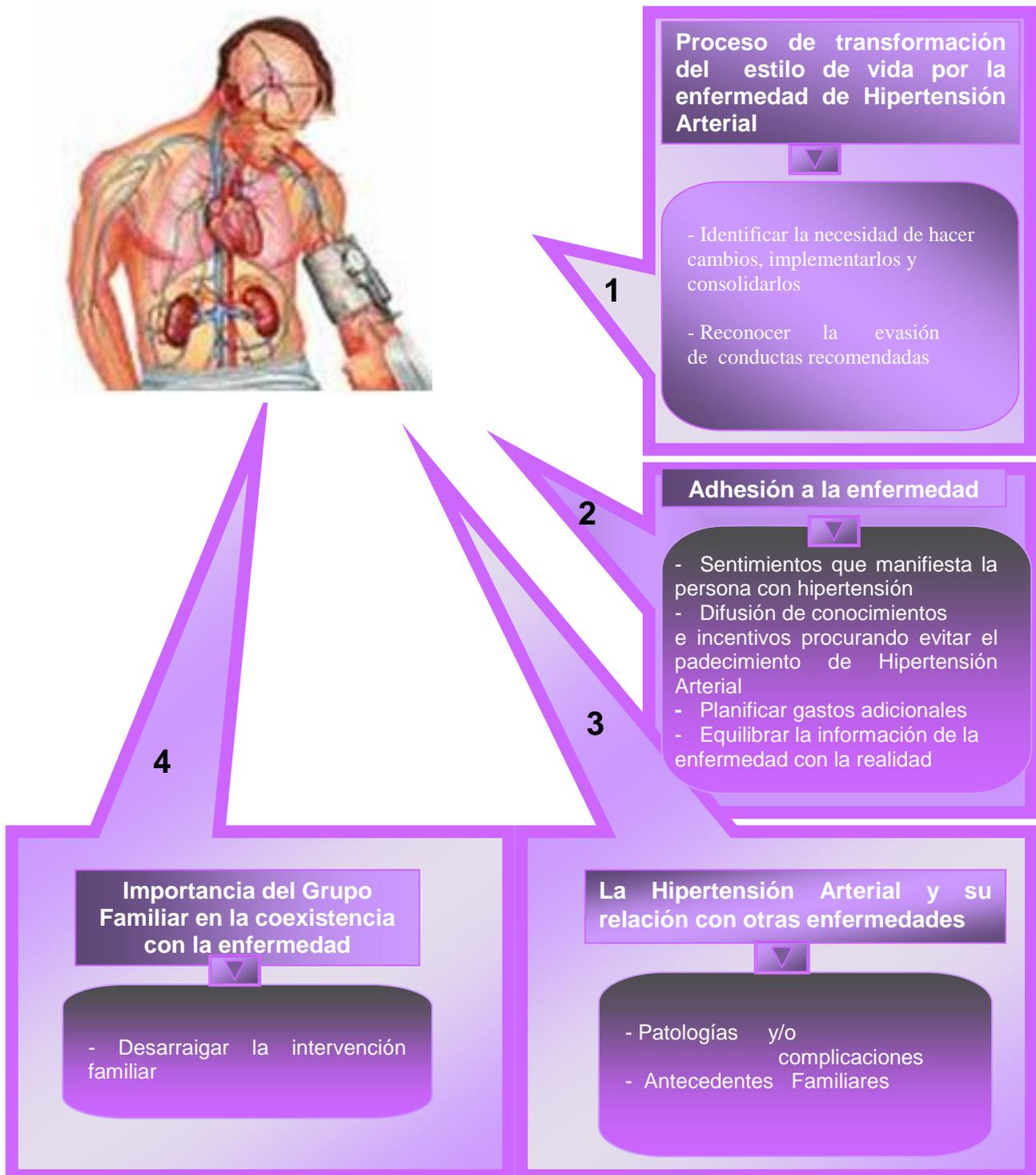


**Informante 6. Persona de 62 años de edad con hipertensión arterial (EP-IC-6)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b>	Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos	Cumplir indicaciones emocionales, alimenticias y el tratamiento médico	“Se que tengo que hacer dieta, vivir tranquilo y tomar el hipertensivo”. (EP-IC-6)
	Reconocer la evasión de conductas recomendadas	Conductas adversas a las indicadas	“Sedentarismo y como mucha carne roja”. (EP-IC-6)
<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Inquietud por otros síntomas a pesar de seguir los cuidados de la tensión	“He sentido mucha preocupación cuando tengo la tensión alta 140/90, porque pienso en las complicaciones por tener esos valores elevados”. (EP-IC-6) “Generalmente yo la tengo controlada, cuando se me sube vienen otros síntomas que son los que me preocupan”. (EP-IC-6) “Sí, a un infarto o a un AVC, me genera temor y angustia”.(EP-IC-6)
	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	“Que no se limiten sólo a tomarse el medicamento, eviten el sedentarismo, dieta, poca sal, caminar 45 minutos”. (EP-IC-6) “Bueno, deberían dar charlas en las escuelas, dar charlas a los estudiantes que no coman tanta comida chatarra ya que tiene mucho sodio y químico, que aprendan a comer sano, con poca sal desde preescolar”. (EP-IC-6)

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Planificar gastos adicionales	Proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas periódicas al especialista	“Bastante porque los medicamentos son muy costosos, para las consultas, los exámenes, influye económicamente en los gastos”. (EP-IC-6)
	Equilibrar la información de la enfermedad con la realidad	Seguir el control preventivo de la tensión, conociendo el comportamiento silencioso de la patología, lo que puede conducir a consecuencias significativas	“Es una enfermedad asintomática que fácilmente podemos detectar y controlar, porque si no podemos tener complicaciones graves, tenemos que tener un patrón de referencia cuando se sube a 100/140”. (EP-IC-6)
<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y/o Complicaciones	Posibles consecuencias de la hipertensión	“Los riesgos pueden ser arteriosclerosis, cardiopatía, problemas renales, problemas visuales”. (EP-IC-6)
	Antecedentes Familiares	familia con hipertensión	“Dos hermanos (tienen antecedentes con hipertensión arterial)”. (EP-IC-6)
<b>Importancia del Grupo Familiar en la coexistencia con la enfermedad</b>	Desarraigar la intervención familiar	Excluir la influencia familiar	“No los involucro. (a la familia)” (EP-IC-6)

**Diagrama 6. Temas y subtemas emergentes del informante clave 6**



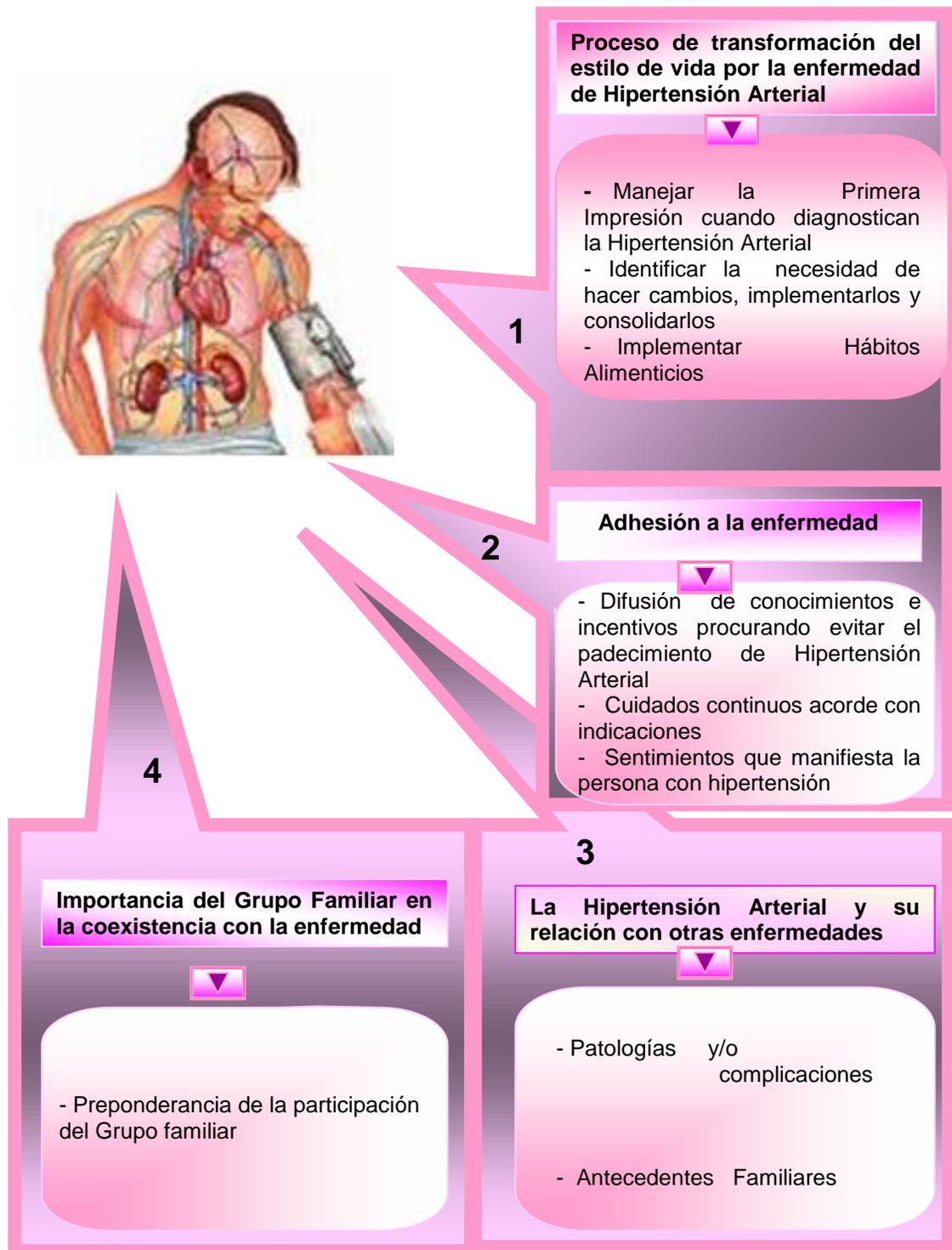
**Informante 7. Persona de 60 años de edad con hipertensión arterial (EP-IC-7)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b>	Manejar la Primera Impresión cuando diagnostican la Hipertensión Arterial	Momentos difíciles al principio, luego se fueron dando los cambios acorde con la información recibida	“Al principio fue difícil, por el desconocimiento, pero en la medida que fui informándome se fueron haciendo los cambios”. (EP-IC-7)
	Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos	Asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida	“Vivo una vida normal, pero siempre cumpliendo con el tratamiento”. (EP-IC-7).
		Eliminar eventos sociales por la necesidad de ajustarse a los cambios	“Ha cambiado porque cuando uno va a las reuniones encuentran los vicios”. (EP-IC-7).
		Seguir viviendo con los cuidados necesarios	“Trabajar, salir, caminar... vivir con las restricciones necesarias”. (EP-IC-7). “...que puedo ejercer actividades, hacer las funciones a las que estaba acostumbrado., consciente que el cambio es cumplir el tratamiento”. (EP-IC-7).
	Implementar Hábitos Alimenticios	Comida saludable, eliminando las grasas, la sal, incluyendo vegetales	“Es bastante sana, el sentido de que como poca sal o cero sal, cero grasas y como vegetales”. (EP-IC-7).

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	“Acudir al médico, a las citas; que cumplan con su tratamiento, no dejarlo de tomar, alimentación sana, hacer ejercicios” (EP-IC-7)
	Cuidados continuos acorde con indicaciones	Transformaciones asumidas apartando las conductas adversas e implementando conductas favorables a las personas que viven con hipertensión	“Ninguno, no tengo hábito negativo, camino una hora diaria, no consumo bebidas alcohólicas, desde que me empezó la enfermedad dejé todos los vicios como el cigarrillo, el alcohol, la sal”. (EP-IC-7)
	Cuidados continuos acorde con indicaciones	Prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones y el tratamiento	“Cada 2 meses (voy al cardiólogo)”. (EP-IC-7)
		Disfrutar Consumiendo sólo lo permitido	“...pero yo paso un buen rato, tomando agua y si hay comida sana como”. (EP-IC-7).
	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Inquietud por conocimiento de los trastornos que causa la Hipertensión Arterial	“Sí, a veces, cuando empecé a sufrir de hipertensión, sentía temor porque sabía las complicaciones que podía traer esta enfermedad Tenía temor a sentir infarto”. (EP-IC-7).
		Tranquilidad al aceptar una enfermedad que tiene tratamiento para controlarla.	“No, porque ya estoy consciente que al tomar mi tratamiento estoy mas seguro”. (EPIC-7)

<p><b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b></p>	<p>Patologías y/o Complicaciones</p>	<p>Posibles consecuencias de la hipertensión</p>	<p>“Produce ACV, el corazón lo afecta, los riñones, la vista”.(EP-IC-7)  “Pero si hay algún descuido puede traer complicaciones graves, ya que puede afectar el corazón, los riñones”. (EP-IC-7)</p>
	<p>Antecedentes Familiares</p>	<p>Muerte de familiar</p>	<p>“Madre fallecida de un paro cardíaco”. (EP-IC-7)</p>
<p><b>Importancia del Grupo Familiar en la coexistencia con la enfermedad</b></p>	<p>Preponderancia de la participación del Grupo familiar</p>	<p>Cuidados familiares evitando un desenlace ya vivido con el fallecimiento de la madre</p>	<p>“No ha cambiado nada, bueno al principio sentía temor y un poco de presión pues todos recordábamos el fallecimiento de mamá y estaban al pendiente de las cosas que hacía, de lo que comía y cuidando que no fuera a agarrar molestias”. (EP-IC-7).</p>
		<p>Respaldo de la familia tanto en lo personal como con cuidados acordes con la dieta y las restricciones</p>	<p>“Si me han dado mucho apoyo moral, sus cuidados en la alimentación, solidaridad cuando compartimos.... Tratan de no hacer comidas prohibidas para que no me provoque”. (EP-IC-7).</p>

**Diagrama 7. Temas y subtemas emergentes del informante clave 7**



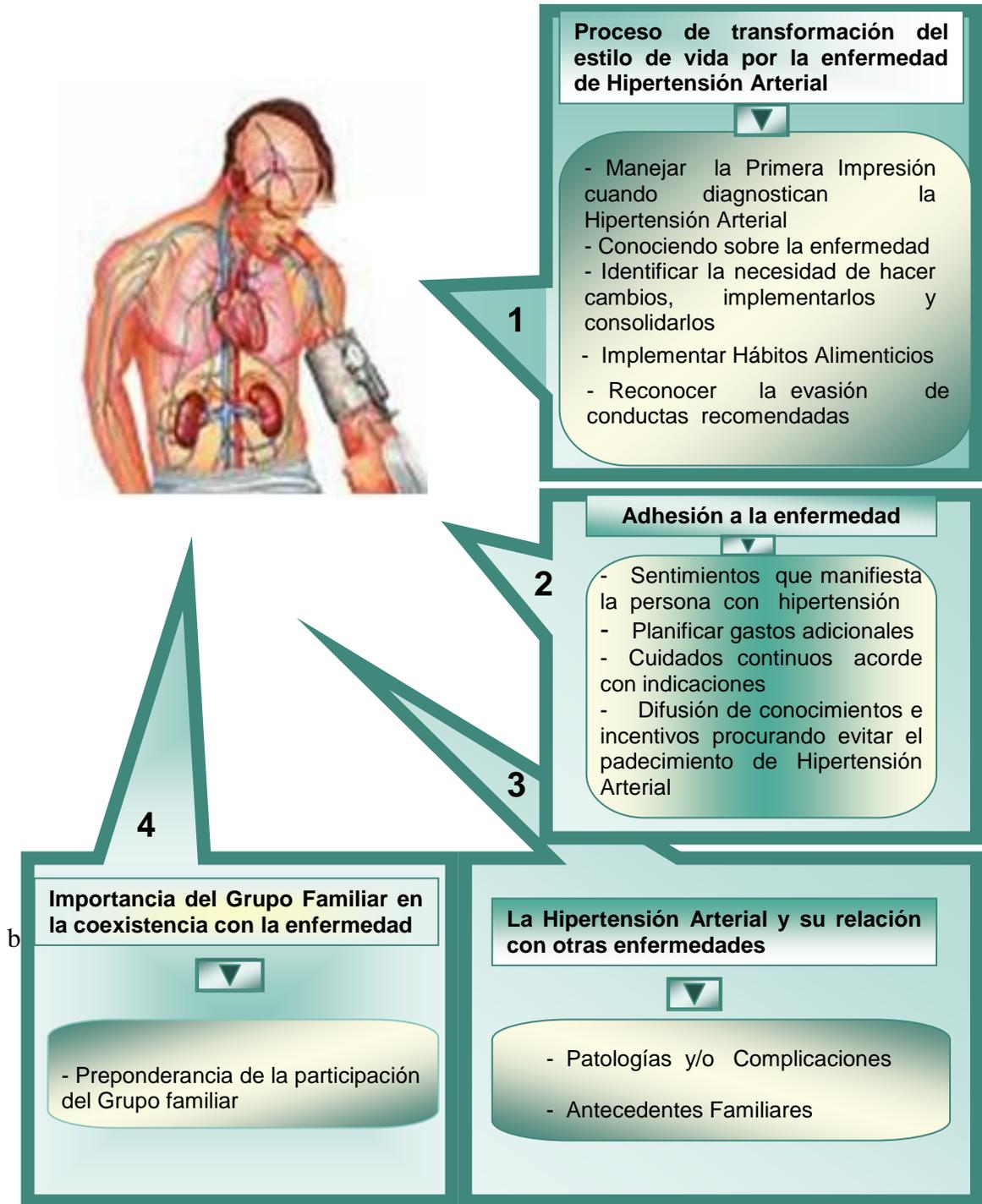
**Informante 8. Persona de 42 años de edad con Hipertensión arterial (EP-IC-8)**

TEMAS	SUBTEMAS	SIGNIFICADOS	DESCRIPCIONES ORIGINALES DEL INFORMANTE
<p><b>Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial</b></p>	<p>Manejar la Primera Impresión cuando diagnostican la Hipertensión Arterial</p>	<p>Al conocer que padecía la enfermedad fue difícil por los antecedentes familiares</p>	<p>“Cuando me la detectaron si fue fuerte y estaba nervioso porque tenía familiares que habían muerto de esto”. (EP-IC-8)</p>
	<p>Conociendo más sobre la enfermedad</p>	<p>Explicación que recibe para reconocer los síntomas que se presentan con la tensión silenciosa y el cuidado que amerita</p>	<p>“...pero al principio si fue fuerte y más que mi tensión me da un dolor de cabeza fuerte, se me ponen los ojos colorados y una presión atrás; me explicaron que eso se llama la tensión silenciosa y es peligrosa”. (EP-IC-8)</p>
	<p>Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos</p>	<p>Síntomas que indican necesidad de buscar ayuda profesional</p>	<p>“cuando estoy muy gordo siento una fatiga un cansancio, una presión; entonces voy para el nutricionista”. (EP-IC-8)</p>
	<p>Implementar Hábitos Alimenticios</p>	<p>Evitar los alimentos contraindicados</p>	<p>“Como trabajo de noche, el nutricionista me dijo que tenía que comer cosas naturales”. (EP-IC-8)  “Pero cuando voy a reuniones me hace más daño la comida que la bebida”. (EP-IC-8)</p>
	<p>Reconocer la evasión de conductas recomendadas</p>	<p>Conductas adversas a las indicadas</p>	<p>“Debe ser por los nervios, pero yo fumo. He tratado de dejarlo un poco, tenía como diez o doce años sin hacerlo”. (EPIC-8)  Hasta una caja (EP-IC-8)  “No, algunas veces le quito la sal a la comida pero generalmente como sal”. (EP-IC-8)  “1 o 2 veces a la semana, pero no exagerada 1 caja de cerveza los sábados o una o dos botellas de whisky”. (EP-IC-8)</p>

<b>Adhesión a la enfermedad</b>	Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión	Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas	“Sí, cuando se me sube la tensión siento temor de que me pueda dar un ACV, de que quede parálítico y uno tiene una hija y esposa”. (EP-IC-8)
	Planificar gastos adicionales	Proyección económica para las consultas porque el tratamiento es económico	“Porque la pastilla de la tensión es bastante económica, lo único es la consulta y eso es cada 6 meses”. (EP-IC-8)
	Cuidados continuos acorde con indicaciones	Ejercitarse constantemente	“Hacer ejercicios, camino una 1 hora diaria”. (EP-IC-8) “Trote, 3 domingos al mes juego y trote 2 veces a la semana”. (EP-IC-8)
		Prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones y el tratamiento	“De verdad, es una enfermedad muy peligrosa, por lo menos yo la tengo controlada”. (EP-IC-8)
	Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial	Consejos desde la experiencia propia y el conocimiento de las personas con hipertensión	“Dejen de fumar, dejen de consumir bebidas alcohólicas, el mejor remedio para esta enfermedad es una comida balanceada. Las drogas, ya que éstas suben muy rápido la tensión”. (EP-IC-8)
<b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b>	Patologías y/o Complicaciones	Posibles consecuencias de la hipertensión	“La gente joven que no se cuida y llega a los 40 y 50 que no se la controlan, les da dolores de cabeza, dolores de pecho, les impide hacer algo deportivo daño en el riñón”. (EP-IC-8). “Trombosis, ACV, daño en el riñón, paro respiratorio que produce un infarto”. (EP-IC-8)

<p><b>La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades</b></p>	<p>Antecedentes Familiares</p>	<p>Enfermedades en la familia relacionadas con la hipertensión</p>	<p>“después me dijo que era por herencia, porque la familia mía es hipertensa, mi abuela murió de un infarto, mi papá de un ACV, mis tíos sufren de tensión alta, tengo primos de 15,17 y 21 años que han sufrido de paro respiratorio, del corazón de tensión alta”. (EP-IC-8)</p> <p>“Hay un niño de 7 años que le estaban haciendo diálisis. ¿Un sobrino? Sí.”. (EP-IC-8)</p>
<p><b>Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad</b></p>	<p>Preponderancia de la participación del Grupo familiar</p>	<p>Cuidados familiares, persuasión y apoyo</p> <p>Diversos cuidados familiares que influyen psicológicamente</p>	<p>“Muy buena, mi mamá me ha apoyado y me aconsejan bastante, hay mucho apoyo”. (EP-IC-8)</p> <p>“Bueno a nivel psicológico sí, no emocional, porque mi esposa me dice no bebas mucho, come la comida de la casa que no tiene mucha sal, que tenga cuidado con esto con aquello, algo como nervioso2. (EP-IC-8)</p>

**Diagrama 8. Temas y Subtemas Emergentes del Informante Clave 8**

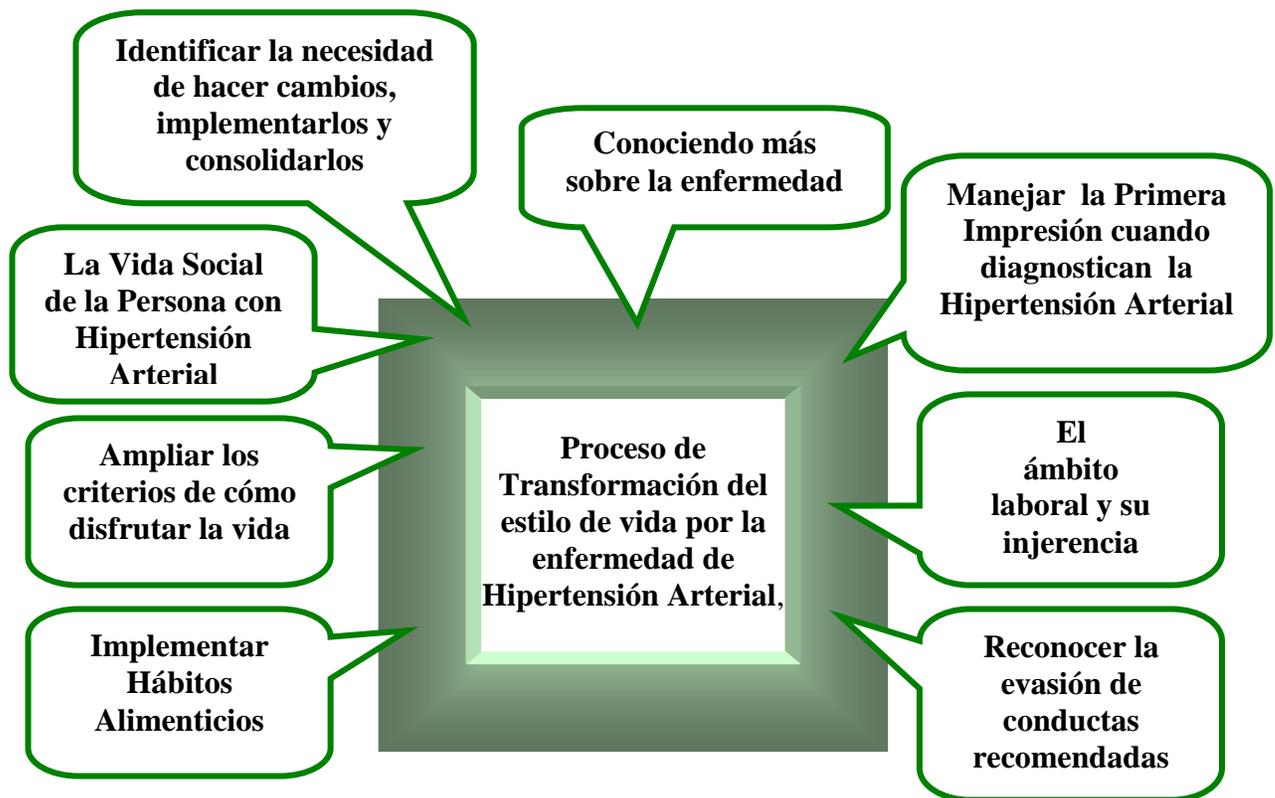


#### 4.2.3. Desarrollo descriptivo exhaustivo de los temas

Una vez procesado el punto de vista de cada informante y el conocimiento sobre la hipertensión arterial, es necesario desplegar esta cadena de información conectada de manera holística en la descripción más completa y profunda sobre los aspectos que conciernen a la enfermedad.

Del análisis fenomenológico de los significados que adjudican las personas consultadas que sufren de Hipertensión Arterial a los cambios en la forma de vivir emerge el Primer tema principal: **Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial**, el cual engloba las distintas expresiones donde los informantes manifiestan ese caminar que transita la persona con Hipertensión Arterial modificando conductas, la forma de alimentarse, actividades a desarrollar, control médico y medicamentos, hábitos sociales, la influencia laboral.

De este primer tema Principal se desprenden ocho subtemas, a saber:



En el momento de realizar la entrevista se les abordó incentivándolos a comentar desde cuando sufren de Hipertensión, qué es para ellos vivir con hipertensión, así como qué es la hipertensión y qué visión se tenía de ésta cómo enfermedad; de este modo surgen esta serie de impresiones que dan cuerpo al primer tema principal con los diversos subtemas.

En el Subtema *Identificar la necesidad de hacer cambios, implementarlos y consolidarlos*, donde los entrevistados expresan como asumir la hipertensión y fusionarla con la búsqueda de calidad de vida, los diversos cambios necesarios para el cuidado, lo forzado que se hace modificar patrones de conductas adversas a las recomendadas. Encontramos opiniones como éstas:

Todo comienzo es difícil, al principio fue fuerte cambiar los hábitos alimenticios, sin embargo hoy en día estoy contento. He tenido que dejar tantas cosas, dejar de comer tantas cosas sabrosas que me hacen daño, dejar de comer para controlar la vida cuando estoy muy gordo siento una fatiga un cansancio, una presión; entonces voy para el nutricionista (EP-IC-1) (EP-IC-3) (EP-IC-8)

*La Vida Social de la Persona con Hipertensión Arterial*, otro subtema que sintetiza el pensar del entrevistado cuando expresa que también es un cambio profundo porque muchas de las personas con hipertensión han de alejarse de todas

aquellas actividades que le incitan a caer en conductas inapropiadas como ingerir alcohol, fumar y comer comidas que afectan la tensión arterial. Ellos expresan:

Reorienté los grupos donde fumaban y bebían, sí disminuyó iba pero sólo un rato, ya no me trasnochaba por mi patología Se limita, que uno no puede salir a fiesta y si sale no puede consumir bebidas alcohólicas, consumir los alimentos que son altos en grasa, por eso afecta. Bueno, yo pienso que en las fiestas hay bebidas alcohólicas y pasapalos, los cuales me hacen daño. (EP-IC-1) (EP-IC-4) (EP-IC-5)

*Ampliar los criterios de cómo disfrutar la vida*, subtema que surge cuando el consultado expresa la necesidad de visualizar la buena vida en aspectos saludables.

Lo que pasa es que pensamos que la buena vida es sólo bebidas alcohólicas y bochinche, pero no pensamos en las cosas sanas como tal (EP-IC-1)

El subtema *Implementar Hábitos Alimenticios* que refleja como influye en los entrevistados este tema cuando manifiestan la importancia de evitar los alimentos contraindicados, enfocándose en una comida saludable, eliminando las grasas, la sal, incluyendo vegetales; incluso manifiestan como se dificulta en el ámbito laboral el cumplimiento de los hábitos alimenticios.

He tenido que dejar tantas cosas, dejar de comer tantas cosas sabrosas que me hacen daño, dejar de comer para controlar la vida. No puedo comer algunas cosas, porque me suben la tensión, o me suben el colesterol y triglicéridos. Como trabajo de noche, el nutricionista me dijo que tenía que comer cosas naturales. Por lo menos, aquí en el comando, es difícil que haga dieta (EP-IC-3) (EP-IC-5) (EP-IC-8) (EP-IC-2)

En relación al subtema *Conociendo más sobre la enfermedad* los informantes hacen mención al momento cuando la persona con hipertensión arterial recibe la explicación que le permite reconocer los síntomas que se presentan con la tensión silenciosa y el cuidado que amerita, de acuerdo a lo que el mismo entrevistado manifiesta cuando dice:

...pero al principio si fue fuerte y más que mi tensión me da un dolor de cabeza fuerte, se me ponen los ojos colorados y una presión atrás; me explicaron que eso se llama la tensión silenciosa y es peligrosa (EP-IC-8)

En el subtema que comprende las expresiones manifestadas por los entrevistados cuando se tropiezan en un principio con la dificultad por el desconocimiento que tienen con relación a la patología, se enunció de esta manera *Manejar la Primera Impresión cuando diagnostican la Hipertensión Arterial*, ya que describe como la persona con Hipertensión reacciona al conocer que padece la enfermedad, inclusive por la experiencia vivida con los antecedentes familiares.

Al principio fue difícil, por el desconocimiento, pero en la medida que fui informándome se fueron haciendo los cambios. Cuando me la detectaron si fue fuerte y estaba nervioso porque tenía familiares que habían muerto de esto. (EP-IC-7) (EP-IC-8)

*El ámbito laboral y su injerencia*, otra subtema que acorde con lo manifestado por los entrevistados, nos habla de cómo interviene el tipo trabajo tanto en los cambios emocionales de la persona que padece de hipertensión arterial como en los cuidados alimenticios que han de seguir por la patología.

En ciertos aspectos, porque trabajo con público y esos a veces me estresa, me afecta me sube la tensión. Estrés en el trabajo y en la alimentación ya que no tengo la persona idónea para que me haga comida como lo indica el médico. ... mi trabajo que soy militar y me cambia de uno sitio a otro, esos cambios bruscos me pueden ocasionar un ACV o un infarto por una enfermedad, ya que ocasiona estrés laboral, crisis emotiva (EP-IC-2) (EP-IC-5) (EP-IC-2)

El último subtema dentro de este tema es *Reconocer la evasión de conductas recomendadas*, el cual extracta diversas opiniones emitidas por los entrevistados donde refieren realizar conductas adversas a las indicadas y acudir a los cuidados cuando aparecen síntomas que indican el descontrol en la tensión.

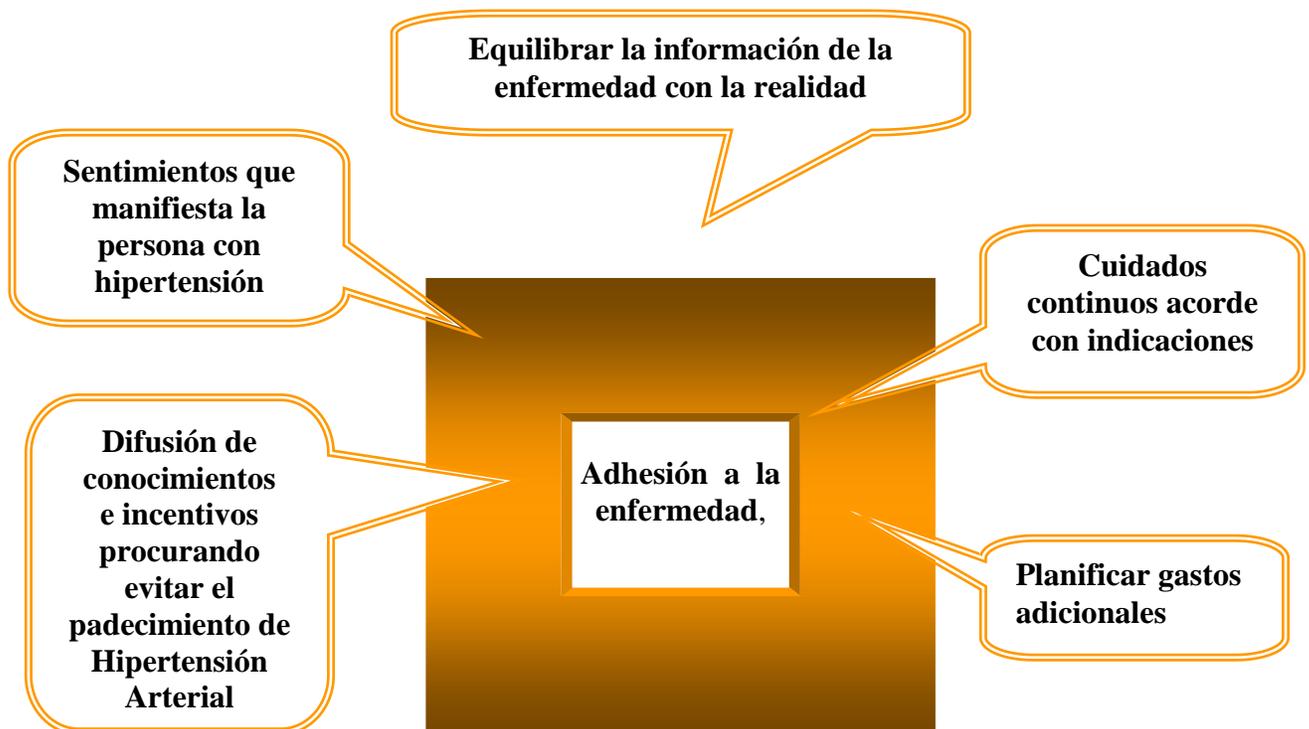
Debe ser por los nervios, pero yo fumo. He tratado de dejarlo un poco, tenía como diez o doce años sin hacerlo. Tomo refrescos, tomo café, cervezas y soy sedentario, tengo mala circulación, por una vena que tengo obstruida en el corazón, tengo gastritis y no cumplo con la dieta. Trato de seguir la dieta, y cuidar el estrés, pero sobre todo cumplo la dieta cuando comienzo a sentir algunos síntomas en los dolores de cabeza, si me canso, algún mareo. Porque de realizar la caminata realmente no lo hago. (EPIC-8) (EP-IC-5) (EP-IC-4) (EP-IC-1)

El segundo tema Principal **Adhesión a la enfermedad**, surge del Análisis fenomenológico de la opinión expresada por los que sufren de Hipertensión Arterial con relación a la forma en la que lograron hacer la enfermedad parte de su vida, aceptándola con los cambios que ésta implicaba, adaptándose a los tratamientos y cuidados a seguir.

En esta oportunidad se les consultó con relación al tipo de actividad desarrollada para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial, así como también de los sentimientos que ha experimentado con el conocimiento de la patología, o cada cuánto tiempo se hacen el control médico, inclusive solicitándoles comenten qué recomendaciones le darían a las personas que son hipertensas. Es en la medida que van desarrollando la conversación, cuando expresan como se han amoldado a la enfermedad, a estar pendiente de los síntomas, los remedios, la dieta,

además de recordar las atenciones que han de tener terceros para que no padecer esta enfermedad.

Los subtemas que surgieron de este tema los podemos visualizar a continuación.



En el primer subtema representado *Equilibrar la información de la enfermedad con la realidad*, se encontraron entrevistados que manifestaban la necesidad de orientar los cuidados acorde con la información obtenida sobre la enfermedad,

tratando de manejar el miedo, buscando confianza, controlando los valores y siguiendo los cuidados recomendados.

La verdad es que me aboco a lo que he leído, que es una enfermedad silenciosa, que es traicionera Entonces, no tengo porque tener temor a la realidad que desconozco, lo que yo conozco trato de prevenirlo y evitarlo y por esa parte me siento tranquilo, no tengo temor, siento seguridad. Es una enfermedad asintomática que fácilmente podemos detectar y controlar, porque si no podemos tener complicaciones graves, tenemos que tener un patrón de referencia cuando se sube a 100/140 (EP-IC-1)(EP-IC-6)

Cuando describimos el segundo subtema *Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión*, es necesario asentar que los informantes dejaron claro la Inquietud por los trastornos físicos que la enfermedad ha causado a otras personas, o la incertidumbre por el peligro de la enfermedad, sentimientos que sobrevenían en la medida que conocían acerca del padecimiento, sin embargo hubo quien manifestó sentir tranquilidad al aceptar una enfermedad que tiene tratamiento para controlarla, lo cual podemos ilustramos seguidamente:

Generalmente yo la tengo controlada, cuando se me sube vienen otros síntomas que son los que me preocupan. Cuando me dan los dolores de cabeza muy fuerte que me pueden dar un ACV, le tengo miedo a morir. Sí, mucho temor, todos los días cuando me levanto le doy gracias a Dios por haberme levantado bien. Sí, cuando se me sube la tensión siento temor de que me pueda dar un

ACV, de que quede parálítico y uno tiene una hija y esposa. No, porque ya estoy consciente que al tomar mi tratamiento estoy mas seguro. Me siento tranquilo, es algo que considero entre lo normal y lo natural, todos en este mundo estamos propensos a tener una enfermedad, al día es por lo menos tratable, controlable (EP-IC-1) (EPIC-7) (EP-IC-8) (EP-IC-3)(EP-IC-6) (EPIC-2)

El siguiente subtema *Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arteria* emerge de las expresiones que emiten las personas que padecen de hipertensión, consultadas para este estudio, cuando manifiestan la importancia de dar a conocer los cuidados que deben seguir o las conductas que deben evitar, incluyendo consejos desde la experiencia personal, para evitar que otros vivan momentos desagradables por no tomar las medidas o seguir los cuidados recomendados, incluso proponiendo acciones educativas.

Crear una campaña educacional para cambiar nuestros hábitos alimenticios y dar a conocer las enfermedades que pueden ocasionar. Que se cuiden mucho y que cumplan al pie de la letra lo que le indique el médico. Que hagan su dieta, que coman poca sal, que se tomen su medicamentos, hacer ejercicios (caminar 45 minutos), evitar el cigarrillo, no consumir mucho café, no consumir bebidas alcohólicas. Dejen de fumar, dejen de consumir bebidas alcohólicas, el mejor remedio para esta enfermedad es una comida balanceada. Las drogas, ya que éstas suben muy rápido la tensión (EP-IC-1) (EP-IC-3) (EP-IC-5) (EP-IC-8).

*Planificar gastos adicionales*, subtema que surge cuando los consultados manifiestan la importancia de realizar una proyección económica para cubrir gastos adicionales por el cumplimiento del tratamiento y las visitas al especialista, buscando los mejores precios ya que consideran que influye notablemente en su presupuesto.

Lo expresan así:

Bastante, porque como se cambia el tipo de comida, medicinas, esos son gastos extras, ya que la comida de dieta es más costosa, por tal razón hay que hacer un esfuerzo para cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico, también se gasta en las consultas, Para costear todo esto hay que sacarlos del sueldo, para comprar las medicinas y viajar a Caracas, dejo de comprar cosas para la casa. Bastante, porque los medicamentos son muy costosos, ya que el genérico no es lo mismo. (EP-IC-2)(EP-IC-4) (EP-IC-5)

El último subtema, correspondiente a este tema es *Cuidados continuos acorde con indicaciones*, el cual encierra todas las opiniones emitidas por los entrevistados al momento de manifestar lo importante de prever la continuidad en el seguimiento de las indicaciones, seguir los lineamientos pautados por los médicos, bien sea a nivel de alimentación, de medicamentos, de actividades a desarrollar y el tratamiento. Hablan de las transformaciones asumidas apartando las conductas adversas e implementando conductas favorables, así como mantener las revisiones periódicas con el especialista de la salud.

Mi tratamiento nunca dejo que se me agote y si voy a viajar mis medicinas van conmigo a todos lados. Ninguno, no tengo hábito negativo, camino una hora diaria, no consumo bebidas alcohólicas, desde que me empezó la enfermedad dejé todos los vicios como el cigarrillo, el alcohol, la sal. ...pero yo paso un buen rato, tomando agua y si hay comida sana como. (EP-IC-1) (EP-IC-7)

Con relación al tercer tema principal **La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades**, emerge del Análisis fenomenológico de los significados que las personas que padecen de Hipertensión Arterial confieren a las principales patologías que, regularmente o en la mayoría de los casos, están ligadas o se pueden producir, como complicaciones de esta enfermedad, de acuerdo a las distintas expresiones manifestadas a lo largo de la entrevista cuando se les pedía comentaran con interrogantes como: Hábleme de las complicaciones de la hipertensión arterial, ¿Conoce usted los órganos que afecta la hipertensión arterial?, ¿Tiene antecedentes familiares con hipertensión arterial?.

A lo largo de las distintas entrevistas los informantes desarrollaron temas que circundaban las enfermedades en la familia relacionadas con la hipertensión, o como se ajustan los contextos con las limitaciones de la enfermedad, conversando también de las posibles consecuencias de la hipertensión, haciendo énfasis en los familiares cercanos con hipertensión o la muerte de familiar por la Hipertensión.

Los dos subtemas que surgieron de este tema son:



El subtema *Patologías y/o Complicaciones* surge de la opinión emitida por los informantes cuando manifiestan cuales son las consecuencias más frecuentes, o cuando hablan de otras complicaciones posibles, en oportunidades manifestando el diagnóstico de otra patología por causa de los problemas de la subida de tensión, tal como lo podemos evidenciar seguidamente:

Por problema de tensión, el Endocrino vio necesario hospitalizarme, para hacerme unos estudios del hígado, donde me dijo que iba a sufrir de diabetes. ...la más común es el ACV, infarto. Es una enfermedad que va deteriorando poco a poco, con la subida de tensión se pueden dañar algún órgano y eso perjudica a la persona y puede dejar de funcionar el órgano. Se poco, lo que he leído es que puede dar Infarto, ACV, diabetes, la cual perjudica la vista y los riñones. Con todas sus dificultades como tal, mi hermana tuvo dos hijos tranquilamente. (EP-IC-1). (EP-IC-4) (EP-IC-1) (EP-IC-5).

*Antecedentes familiares* es el otro subtema que emerge en este tercer tema principal y es el que nos condensa todas las opiniones surgidas en las entrevistas cuando los informantes que padecen la enfermedad de hipertensión arterial abordaban el tema de la herencia familiar, de cómo consideran influye los historiales de la enfermedad, recordando momentos difíciles donde familiares perdieron la vida, o sufrieron consecuencias definitivas a causa de la hipertensión arterial.

...después me dijo que era por herencia, porque la familia mía es hipertensa, mi abuela murió de un infarto, mi papá de un ACV, mis tíos sufren de tensión alta, tengo primos de 15,17 y 21 años que han sufrido de paro respiratorio, del corazón de tensión alta Madre fallecida de un paro cardíaco. Dos hermanos (tienen antecedentes con hipertensión arterial. Mis abuelos Paternos y Maternos, mis Padres. Mi padre murió de Diabetes. ... hace 3 años mi padre murió a causa de la hipertensión No cumplió con el tratamiento, y le dio un derrame cerebral. (EP-IC-2) (EP-IC-8) (EP-IC-7) (EP-IC-6) (EP-IC-3) (EP-IC-2).

El cuarto tema principal es **Importancia del Grupo familiar en la coexistencia con la enfermedad** obtenido del análisis fenomenológico de la opinión emitida por los interrogados que sufren de Hipertensión Arterial con relación a la participación de la familia dentro de los cambios en los hábitos alimenticios y los

cuidados que propician a la persona con hipertensión, conllevando estas opiniones a hacer mención a los Cuidados familiares que velan por evitar posibles consecuencias que afecten la salud de la persona con hipertensión arterial y la necesidad de hacer cambios sin restringir a los familiares.

En el momento de abordar a los interrogantes para solicitar su opinión y con el cual se le da forma al cuarto tema principal se les preguntaba cómo ha influido la hipertensión arterial en su grupo familiar y cómo ha sido el apoyo por parte de su familia.

En el desarrollo de este tema surgieron los subtemas que se representa a continuación:



*Preponderancia de la participación del Grupo familiar,* es el primer subtema que emerge en el cuarto tema principal, donde se encierra las distintas expresiones que los informantes emiten con relación a la importancia del apoyo familiar a la hora de hacer los cambios sin restringir a los más cercanos, de llevar un control alimenticio, de evitar momentos de ira o enojo y reforzar los cuidados. Además expresan deseos de incentivar a la familia a un nuevo sistema en la alimentación y los incluyen en los cuidados promocionando lo oportuno de los cambios.

Bueno, a mis hijos les ha costado adaptarse a la parte de la alimentación, porque quiero que se alimenten igual que yo, pero no les gusta los metales, la comida sana, no les gusta comer simple. La familia trata de hacerme la dieta, para que me sienta bien, pero yo le digo que coman normal. 100% el apoyo (de la familia), me han cuidado para que esta enfermedad no pase a algo mayor. Sí me han apoyado, sobre todo mi mamá que está pendiente de que me tome la pastilla. Ellos tienen que cuidarme que yo agarre cualquier ira ya que ellos conocen que es la hipertensión arterial y qué pueden ocasionar y por más que sea la sangre duele y por tal razón a ellos también les ha afectado. (EP-IC-3) (EP-IC-5) (EP-IC-4) (EP-IC-3) (EP-IC-2)

*Desarraigar la intervención familiar,* es el segundo y último subtema que emerge del cuarto tema principal y describe la distancia que se emplaza para evitar que la familia se involucre en los acontecimientos que genera padecer la enfermedad de hipertensión arterial.

No los involucro. (A la familia) (EP-IC-6)

#### **4.2.4. Discusión de los Resultados con los referentes Bibliográficos**

El primer tema principal que emerge del análisis de la investigación descriptiva de la experiencia de las personas consultadas que sufren de Hipertensión Arterial y la relación que hay entre los hechos y el ámbito en que se hace presente su realidad es **Proceso de Transformación del estilo de vida por la enfermedad de Hipertensión Arterial.**

Según expresan los que padecen hipertensión arterial en las entrevistas, la persona que recibe la noticia de que sufre una enfermedad crónica pasa por momentos fuertes desde que recibe la información del padecimiento, seguido del proceso donde comienza a conocer acerca de esa enfermedad y concienciar que es una enfermedad crónica; pasando por ese aprender a manejar la primera impresión que le causa el diagnóstico de que padece Hipertensión Arterial y las distintas respuestas que han de generarse en ese proceso. Esta forma de asumir su condición coincide por lo expuesto en la teoría de Mishel<sup>66</sup> donde se analizan diversos elementos entre los que encontramos los papeles mediadores de la situación y el intento de sobrellevarla, tomando en cuenta la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad.

Mishel,<sup>66</sup> atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman<sup>22</sup> sobre estrés, valoración y afrontamiento; lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, Bailey y Stewart,<sup>102</sup>. Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos, y por lo tanto no puede predecir los resultados, todos, fenómenos motivados por la falta de información y conocimiento.

También se percibe en las intervenciones que hacen los entrevistados, que la forma de afrontar la enfermedad de cada uno es distinta, y en este punto puedo citar la teoría que concuerda con estos resultados, en los que se describen diversos conceptos del afrontamiento:

Para Mok & Tam,<sup>103</sup>; Richardson & Poole<sup>104</sup>, incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas. Asimismo, para Araújo M.A.L, Silveira C.B.,<sup>105</sup> los individuos con una enfermedad crónica, pueden reconocer luchas de adaptación, principalmente al inicio de la enfermedad, relatando muchas veces periodos de difíciles cambios

que afectan la vida cotidiana del individuo con hipertensión arterial, en este periodo manifiestan alteraciones o procesos de descompensación que muchas veces se desarrollan aún más los problemas emocionales, lo que impide el control de la presión arterial.

El individuo generalmente se aísla en su nueva situación de salud, centrándose en este proceso de forma constante, este proceso puede permanecer así por toda la vida, e incluso hasta el fin de la enfermedad. Los pacientes reaccionan con hostilidad, esta fase delicada y desafiadora exige mucha comprensión por parte de los profesionales de enfermería y de los familiares, ya que el paciente puede manifestar signos de depresión ante la presencia de la enfermedad, según lo expresa Oliveira <sup>106</sup>

Los significados que transmiten las personas entrevistadas van entrelazando una serie de conceptos y percepciones que conforman este proceso de transformación donde se percibe el inicio con una especie de resistencia a la aceptación del padecimiento, haciendo mención al no seguir ningún cuidado en particular, o no realizar ningún cambio en los hábitos o visitas al especialista, a pesar de manifestar el conocimiento, en algunos casos, de la necesidad de implementar cambios que requieren de esfuerzos y aptitudes, acorde con las características individuales de la persona con hipertensión arterial, y los que al principio oponen resistencia, posteriormente van modificando sus actitudes y asumiendo en algunos casos, las modificaciones de patrones de conducta. Estos resultados arrojados en las entrevistas

realizadas siguen enmarcadas en el proceso de aceptación del que habla Mishel<sup>66</sup> dentro de los elementos conceptuales dentro del siguiente ítem:

**Afrontamiento:** que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege. De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida. Lo anterior reviste especial importancia si se tiene en cuenta que las enfermedades crónicas requieren un constante seguimiento, pues su tratamiento envuelve la participación activa de los individuos, ya que esta enfermedad está presente a lo largo de la vida del individuo que la padece, afectando sus actividades cotidianas, según lo descrito por Saraiva KRO y col.<sup>107</sup>.

Esto aunado a lo expresado por Blasco Valle M. y otros<sup>108</sup>. La Hipertensión Arterial es controlable y por tanto modificable en sus nefastas consecuencias, pero para ello debe alcanzarse un control adecuado de la tensión arterial y para ello debe haber una participación activa, conciente y consecuente de quien la padece, o sea, del paciente; de igual manera lo señalado por Álvarez<sup>23</sup>, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, como los trastornos cardiovasculares, cáncer,

enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, entre otras, lo que pone de manifiesto la necesidad de propender por la calidad de vida de estos pacientes.

Encuentro recurrentes opiniones, a lo largo de las entrevistas efectuadas, donde las personas con hipertensión arterial reconocen la necesidad de modificar ciertas conductas que son adversas a los cuidados recomendados y las identifican como hábitos negativos. También se percibe cómo reconocen la necesidad de fusionar el padecimiento con la calidad de vida, aún cuando esto implique algunas limitaciones e incluso esfuerzos que conlleven privarse de acciones que consideraban imprescindibles en su vida, muchas veces ampliando los criterios, haciéndolos acordes con el padecimiento.

De la misma manera, Chobanian A.<sup>109</sup> reconoce que sólo cambiando modelos de conducta en el paciente e incentivando su motivación pueden lograrse beneficios con el tratamiento. Así como también al consultar a Lalonde, M.<sup>110</sup>, encontramos que concluyó que la salud de una comunidad viene determinada por la intersección de cuatro variables: la biología humana, el medio ambiente, la asistencia sanitaria y el estilo de vida. De estos cuatro determinantes, el que más afecta a la salud de las personas, es el estilo de vida. Siguiendo en el mismo orden de ideas, encontramos como Badia & Lizán,<sup>24</sup> expone y concuerda que la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Asimismo, Álvarez-Ude<sup>23</sup> coincide en que la calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la

evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas.

En estas circunstancias, coincide con lo expuesto por Pender, citada por Potter y Perry <sup>65</sup>, cuando sugiere que:

“para la mayoría de las personas lo que define la salud, más que los estados patológicos, son las condiciones de vida”. Este escenario reafirma el hecho de que, el contexto profesional de enfermería, se debe compaginar con el apoyo a los pacientes para que ellos mismos identifiquen y alcancen los objetivos de una salud próspera.

Dentro de las opiniones comprendidas en el tema del proceso de transformación, los informantes manifiestan la evasión de conductas recomendadas, revelan que a pesar de estar en conocimiento de que deben caminar o de hacer alguna actividad física, se eximen de hacerlo, sin importar las consecuencias que esto pueda acarrear. Para tal opinión podemos hacer referencia a lo expuesto por la American Heart Association (AHA), citado por Rocella<sup>111</sup>, donde expone lo importante de la ejecución de cierto tipo de acciones que favorezcan a minimizar los factores de riesgo:

La inactividad física es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad coronaria y, además, contribuye al desarrollo de otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión arterial, bajos

niveles de colesterol- HDL ("colesterol bueno") y la diabetes. Sostienen incluso que una actividad física de intensidad moderada, como caminar a buen paso, es beneficiosa cuando se practica durante al menos 30 minutos la mayor parte de los días. Si la actividad física se prolonga más tiempo e incluye períodos de algo más intensidad física, los beneficios también son mayores.

Surgen algunas opiniones en el abordaje directo, donde irrumpe la necesidad de mantenerse alejado de todas aquellas actividades de índole social que impliquen convivir con las restricciones a las que se han tenido que someter por mantener los cuidados sugeridos, como por ejemplo: no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar o el consumo de carnes, grasas y todos los manjares prohibidos que van en contra de los hábitos alimenticios propuestos, lo que les obliga, en algunos casos, a cambiar sus rutinas sociales. Es posible que las consideraciones selectivas de amistades, grupos de amigos, sitios de actuación tanto en el trabajo como en el hogar, implique alejamiento del paciente ante tentaciones de vicios, malos hábitos de alimentación y contraindicaciones esporádicas que activan una calidad de vida en detrimento del cuidado a la salud como término clave en la búsqueda de mejores relaciones y comprensión sobre su propia práctica ante la enfermedad.

Ciertamente encuentro concordancia en lo señalado por Hernández y Sartre <sup>28</sup> cuando expresan:

“lo trascendental estriba en la identificación de factores implicados en la patogenia de la hipertensión arterial que pudieran ser susceptibles de modificación, lo cual permitiría realizar prevención primaria de esta enfermedad asociada a los modos de vida”. Dentro del mismo orden ideas, es importante agregar lo descrito en el consenso integral que sostuvieron el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Red de Sociedades Científicas Médica Venezolana <sup>30</sup>, donde se orientó a considerar los factores de riesgo para la hipertensión arterial sistémica, en cuanto al consumo excesivo de sal y alcohol, el tabaquismo, la obesidad, los anticonceptivos orales, el mal manejo del estrés, la herencia y el sedentarismo. Y esto además puede complementarse con lo expuesto Potter y Perry <sup>65</sup> quienes enuncian, en el marco de que las propias actitudes del profesional de la enfermería hacia la salud de que la enfermedad, debe ser la plataforma cognitiva que le permita fortalecer a las demás personas de su entorno social, así como el apoyo a los individuos en los cuidados enfermeros para aumentar el significado del estado futuro de la salud.

No se puede obviar la injerencia que tiene el ámbito laboral en las personas que padecen esta patología, que es otro subtema donde los entrevistados expresan como interviene, en el comportamiento de la persona que sufre Hipertensión, el estrés laboral y otros aspectos inherentes al ambiente del trabajo que modifican los resultados, bien sea a nivel emocional, así como también en los cuidados a seguir. De este aspecto encontramos como mantiene relación con los estudios realizados por Eliot, Reynoso y Álvarez, citados por Juárez García <sup>112</sup> han demostrado la relación

entre el estrés y diversos indicadores cardiovasculares; sin embargo, se ha insistido en que el estrés o estresores particularmente nocivos para la salud cardiovascular se encuentran en áreas relativas al mundo del trabajo y con alta carga psicosocial, tal como lo demuestra la investigación de factores psicosociales del trabajo realizada en Estados Unidos en los últimos 20 años, por Orth-Gomer, Schneiderman 1996, citado por Juárez García.<sup>112</sup>

En cuanto a la **Adhesión a la enfermedad**, algunos de los pacientes entrevistados que sufren de Hipertensión Arterial, hablan con relación a la forma en la que asumieron la enfermedad como parte de su vida, realizando cambios, siguiendo tratamientos y diversos cuidados necesarios a seguir.

Surgen opiniones donde expresan lo que conocen del padecimiento, así como también lo que han visto que le sucede a otros pacientes, a veces familiares cercanos, buscando controlar los sentimientos y tratando de modificar conductas acorde a lo recomendado, justamente tratando de alcanzar ese equilibrio necesario entre lo que conocían de la enfermedad y la realidad, muchas veces con la intervención del factor tiempo, en la medida que los pacientes van involucrándose en el proceso de cambio, adquiriendo conocimientos y aplicando aquellas medidas que conlleven a lograr la estabilidad requerida. Es la fase que sigue en el proceso de afrontamiento que consiste en aprender cosas sobre la enfermedad.

La mayoría de la gente que tiene que vivir con una enfermedad crónica descubre que el conocimiento es poder y así cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta. Para sustentar esta opinión encontramos en que coincide con lo expresado por Mishel.<sup>66</sup>

La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad. En este mismo orden de ideas se expresa Lugones<sup>113</sup>, en la actualidad son numerosas las investigaciones dedicadas a la evaluación de la calidad de vida, empleando este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

En ese recorrer florecen una serie de emociones, que los que padecen esta enfermedad describen y los he agrupado dentro del segundo subtema el cual se llamó *Sentimientos que manifiesta la persona con hipertensión*, donde se encierran esas manifestaciones obtenidas a través de las entrevistas, unas veces positivas, cuando expresan tranquilidad al saber que la enfermedad puede controlarse, otras veces de tensión cuando conocen las secuelas que la enfermedad dejó en otros pacientes, en algunos casos, sentimientos que sirven de incentivo para asumir los cambios

necesarios y también encontramos los que aún viendo y conociendo el peligro hacen caso omiso o le dan poca importancia.

De hecho, la mayoría de gente manifestará que tiene las emociones a flor de piel en todas las fases del proceso. Aunque el tratamiento vaya bien, es normal estar triste o preocupado de vez en cuando. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen forma parte del proceso de afrontamiento. Todo lo anteriormente expuesto es pertinente con lo expresado por Araujo <sup>105</sup>:

Los individuos con una enfermedad crónica, pueden reconocer luchas de adaptación, principalmente al inicio de la enfermedad, relatando muchas veces periodos de difíciles cambios que afectan la vida cotidiana del individuo con hipertensión arterial, en este periodo manifiestan alteraciones o procesos de descompensación que muchas veces se desarrollan aún más los problemas emocionales, lo que impide el control de la presión arterial. Por otra parte Buzzi <sup>114</sup> dice: El miedo, considerado como estado afectivo del que ve ante sí un peligro o causa posible del padecimiento, que induce al individuo con hipertensión arterial a estar en continua preocupación, y se traducen en amenaza del mundo en que vive, causándole timidez, aislamiento y ansiedad.

Cuando los pacientes viven la muerte de un familiar a causa de la enfermedad les causa emociones fuertes, algunas veces negativas según opina Rossi <sup>116</sup>

La muerte de familiares puede generar en el enfermo crónico sentimientos de pérdida y sufrimiento, contribuyendo más para el descuido con su salud.

Con relación a la *Difusión de conocimientos e incentivos procurando evitar el padecimiento de Hipertensión Arterial* lo encuentro en algunas expresiones emitidas en las entrevistas, cuando hablan de querer dar a conocer a otras personas los cuidados que deben seguir o las conductas que deben evitar, en algunos casos queriendo dar consejos acorde con lo que han vivido, con ánimo de incentivar a otros para que no padezcan por no aplicar cuidados recomendados, incluso proponiendo acciones educativas que creen conciencia y conlleven a modificar hábitos alimenticios y estilos de vida. De lo expresado anteriormente encontramos correlación con lo publicado por la [OMS] <sup>11</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2002 se atribuyeron 29 millones de defunciones a este tipo de enfermedades, lo que permite proyectar al 2015 que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas. Además podemos agregar, para reforzar la coherencia con lo arrojado en las entrevistas: “La promoción de salud se refiere a la salud como hecho positivo, dentro de un contexto social, y encaminado a incrementar el bienestar individual y colectivo, a través del desarrollo de una cultura de la salud, que fomente el auto

cuidado, la creación de ambientes favorables y la adaptación de estilos de vida saludables, mediante una comunicación social adecuada, lo que significa que los participantes no solamente deben cumplimentar acciones sino ser sujetos de la propia acción”. Colectivo de autores<sup>115</sup>.

Es importante hacer mención a la importancia que tiene, en el presupuesto familiar, los cambios por los cuidados necesarios y como afectan la inclusión de partidas cuando se hace necesario modificar hábitos alimenticios, comprar medicamentos requeridos, así como también visitas al especialista o especialistas dependiendo del caso. En este aspecto coinciden Rossi <sup>116</sup>; Marques y otros, citados por Costa y Nogueira <sup>117</sup> cuando expresan:

La dificultad financiera que el país enfrenta se refleja directamente en el ámbito familiar trayendo inseguridad y miedo. Cuando la situación está relacionada con el hipertenso, puede ocasionar graves problemas relacionados a la adquisición de medicamentos, realización de exámenes, adhesión a hábitos saludables e inclusive disturbio emocional, llevando a un descontrol de la presión arterial.

Cuando analizo, para la discusión con los referentes bibliográficos, los *Cuidados continuos, acorde con las indicaciones*, los entrevistados exponen lo necesario que se hace tomar medidas para asumir ciertos comportamientos, bien sean

cuidados alimenticios, consumir los medicamentos, actividades de ejercitación, entre otros. Del mismo modo, los informantes manifiestan en algunos casos seguir los cuidados, con sus excepciones, más sin embargo están otras opiniones, incluidas dentro del subtema de las conductas adversas a las recomendadas, donde manifiestan hacer caso omiso de las indicaciones y cuidados sugeridos. En esto encontramos coincidencia de los que dice Schroeder K. y Fahey T., Ebrahim, S.<sup>118</sup>

La simple indicación no garantiza que el paciente la lleve a cabo. Se han publicado numerosos estudios sobre la falta de apego al tratamiento y son diversos los factores que influyen en este problema. También expresa Saldarriaga<sup>119</sup> que se conoce por cumplimiento y observancia al tratamiento el nivel de concordancia entre lo que el paciente verdaderamente hace y lo que el médico le ha prescrito, la adherencia lleva implícita una connotación positiva como acto voluntario. Del mismo modo, esta autora hace mención al estudio realizado por Mora-Macía J. y col., en 1998; donde reportan que entre el 30 – 50% de los pacientes no llevan el tratamiento correctamente y que puede considerarse una buena adherencia al medicamento cuando el fármaco hipotensor o las orientaciones facultativas se cumplen en un 75% de las veces.

Al referirme a **La Hipertensión Arterial y su relación con otras enfermedades** y específicamente las *Patologías y/o Complicaciones*, los informantes conversan de las consecuencias más frecuentes que puede generar la enfermedad y de que existen otras complicaciones posibles, incluso manifestando en algunos casos, que reciben un diagnóstico de otra patología causada por los problemas de la subida de tensión. También exponen los conocimientos sobre los daños a otros órganos y lo perjudicial que puede ser una subida de tensión. Hay quien habla de su desconocimiento real, sólo hace mención de lo escaso que ha leído, haciendo referencia a los problemas cardíacos, entre otros. De este modo, coincide con los autores en que:

Existe una relación directa entre la hipertensión arterial y el daño a órganos blancos, como corazón, cerebro y riñón. El estudio de Framingham - Massachusetts confirmó estos hallazgos y demostró que la hipertensión arterial es un factor predisponente para accidente cerebrovascular trombótico, insuficiencia cardíaca, infarto del miocardio e insuficiencia renal, según Kannel citado por Hernández y otros<sup>28</sup>.

También se encuentran los *Antecedentes familiares* y es el subtema donde se agrupan las opiniones que los informantes expresan en cuanto a cómo tiene influencia la herencia familiar en la enfermedad, manifiestan los padecimientos en la familia por razones de la hipertensión, surgen recuerdos por pérdidas ocurridas en la familia por

motivo de la enfermedad, así como también de aquellos que padecen consecuencias sufridas por una subida de tensión, hablando de familiares con accidente cerebro vascular, o derrame cerebral, o aquellos que han perdido facultades a causa del padecimiento. El referente bibliográfico muestra concordancia con lo expuesto por los entrevistados, según Gamboa<sup>45</sup> podemos hacer referencia a:

El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anormalidades dependientes de una interacción ambiente genotipo, y en consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición, según Kannel y Carretero, citados por Gamboa<sup>45</sup>. Por otra parte, tenemos opiniones que difieren según diversos autores, todos detallados a continuación, citados por Poletti O. y Barrios L.<sup>120</sup> a saber: En lo que concierne a la presencia de antecedentes familiares en niños con HTA, se han informado resultados dispares. En un estudio efectuado por Mellina Ramírez y col. en 355 adolescentes en Cuba, no se encontró ninguna relación significativa entre HTA del adolescente y sus antecedentes familiares de hipertensión. En otro estudio efectuado por Ennis, Gende y Cingolani, en 3154 estudiantes de medicina de la Universidad de la Plata de la ciudad de La Plata, no se halló ninguna relación entre la hipertensión y los antecedentes familiares. Dei-Cas y colaboradores, en un estudio efectuado sobre 365 adolescentes en Avellaneda, Buenos Aires, comunican no haber encontrado correlación entre HTA y antecedentes familiares. Sin embargo, en un estudio realizado en Córdoba, Nigro y colaboradores hallaron que la HTA fue

significativamente más frecuente, en individuos con antecedentes familiares.

Del mismo modo, es importante desarrollar la **Preponderancia de la participación del Grupo familiar**, este encierra las opiniones emitidas por las personas entrevistadas que sufren Hipertensión Arterial, donde fluyen la importancia del apoyo familiar a la hora de realizar los cambios, como lo es el llevar un control alimenticio, así como el control de momentos emotivos, bien sea de excesiva alegría o de molestia, entre otros.

La familia representa, para la mayoría de las personas, una importante fuente de apoyo y seguridad, permitiendo el intercambio de amor, afecto, respeto y valor, así lo expresan Oliveira y col, citados por Costa y Nogueira,<sup>117</sup> encontramos estos autores expresan la participación de la familia, orientada a colaborar en el control de la presión arterial del hipertenso, a pesar de esencial, todavía constituye un desafío, ya que su ausencia es capaz de desequilibrar todo el plan de tratamiento elaborado para este paciente, los autores mencionados citan a Silva y Radovanovic quienes manifiestan: “La dificultad en la adhesión y el desinterés por el tratamiento aumentan cuando no hay participación de la familia en el cuidado diario con el enfermo y las relaciones entre sus miembros es conflictiva”

En relación a los pacientes que sienten presión familiar, que manifiestan que sus familiares le causan estrés cuando entran en reclamos y en reproches, encontramos que Bimbela <sup>121</sup> coincide cuando opina:

Desde la forma de transmitir la información donde intervienen habilidades y destrezas profesionales, pasando por factores relacionados con características del paciente, su entorno familiar hasta factores relacionados con la enfermedad. La experiencia documentada por enfermeras(os) especializadas(os) sugiere que es importante no caer en reproches, en atribuir culpas o aplicar sanciones a los pacientes ya que esto solo genera actitudes de rechazo en ellos.

Pero también se presenta la otra cara de la moneda, cuando un entrevistado manifiesta la necesidad de *Desarraigar la intervención familiar*, es el segundo y último subtema que emerge del cuarto tema principal, donde refiere la necesidad de mantener al margen la participación de la familia. En este aspecto encontramos diversas opiniones que muestran lo contrario a esta posición, considerando el apoyo familiar como factor importante para el buen desempeño del paciente en los cambios necesarios e incluso en la adherencia al tratamiento. A continuación, hacemos mención a la opinión expresada por Urizzi, citado por Costa y Nogueira. <sup>117</sup>

La presencia de la familia junto al enfermo es capaz de transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, lo que lo hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad.

## **CAPITULO V**

### **Reinterpretación del Fenómeno: Aportes a la Práctica de Enfermería.**

La fenomenología (descriptiva) se basa en la tesis que hay estructuras esenciales a cualquier experiencia humana, y son las que la constituyen, a partir de la visión del mundo de quienes han tenido esa experiencia y como resultado le han adjudicado un significado y es por ello que los resultados de la vivencia a través de los pensamientos, sentimientos y acciones manifestadas por las personas hipertensas me permiten como investigador la interpretación del fenómeno vivido.

Las expectativas de mejores condiciones de salud en pacientes con hipertensión arterial, habla a favor de etiología multifactorial que con frecuencia se asocia con una serie de complicaciones donde concurren además otros factores de riesgo. En tal sentido, irrumpir en torno a la información para conocer la significación que le conceden los informantes clave a su situación prevaleciente de esta enfermedad, es un escenario activo que indaga sobre las categorías y temas emergentes hacia la configuración de un discurso interpretativitas sobre los sentimientos, experiencias y miedos que rodean el ámbito social y familiar de estas personas.

De manera que, este conjunto de saberes y haceres de los pacientes hipertensos y su mundo vivencial, cultural y vinculante a los modos de prevención de las complicaciones en la salud por esta enfermedad, se conectan a la plataforma epistemológica de su conocer y cambio en las actividades pertinentes que desarrollan para potenciar elementos, factores y circunstancias interrelacionadas en un sistema cognitivo teórico que describe este referente autoreflexivo del paciente.

El ser humano es básicamente relacional, esta en compañía de otros y la promoción y el cuidado se aprenden en la socialización, en la educación, en la convivencia mediante el cuidado del otro, junto con el auto cuidado, el cuidado mutuo y el cuidado del entorno.

Las personas refieren que se hace tomar medidas para asumir ciertos comportamientos, bien sean cuidados alimenticios, consumir los medicamentos, actividades de ejercitación, entre otros. Del mismo modo, los informantes manifiestan en algunos casos seguir los cuidados, con sus excepciones, más sin embargo están otras opiniones, incluidas dentro del subtema de las conductas adversas a las recomendadas, donde manifiestan hacer caso omiso de las indicaciones y cuidados sugeridos.

Del mismo modo, es importante desarrollar la importancia de la participación del Grupo familiar, este encierra las opiniones emitidas por las personas entrevistadas que sufren Hipertensión Arterial, donde fluyen la necesidad del apoyo familiar a la hora de realizar los cambios, como lo es el llevar un control alimenticio, así como el control de momentos emotivos, bien sea de excesiva alegría o de molestia, entre otros.

En el proceso percibo que el grupo de entrevistados es variado, y hay quienes, según la narración de sus vivencias, parecieran no haber superado esa etapa; mientras que otros, hacen pensar que si y siguen en el proceso de la adhesión a la enfermedad, con la transformación de esa conciencia empírica a la conciencia pura del recuerdo, inmersos en el proceso y dispuestos a continuar con la adhesión a la enfermedad y por ende al tratamiento y a los cambios requeridos, que es otro de los temas que emergen en el proceso.

También llama la atención, que inmersos en el proceso de entrevistas, una vez que las mismas avanzaban y el informante exponía sus puntos de vista, en momentos cuando su voz parecía resquebrajarse y su mirada perdía el enfoque en busca de una respuesta (no siempre conscientes de que la conocían), parecía que despertaba en ellos un conocimiento dormido de esencias que les perturbaban o entorpecían ese proceso de adhesión. En diversas oportunidades, cuando manifestaban los tediosos cuidados familiares, dejaban fluir procesos de molestia y atosigamiento, volviendo

enseguida con el reconocimiento de la manifestación de cariño por parte del familiar o por el recuerdo de algún suceso que desencadenaría en la pérdida de un familiar por hipertensión arterial o por secuelas permanentes ante el descuido y el desapego al tratamiento.

Finalizando las entrevistas los informantes se encontraban ante la inmanente necesidad de difundir las consecuencias ante la evasión de los síntomas de la enfermedad y manifiestan el deseo de dar a conocer a la comunidad o sugieren la implementación de algún método de educación y/o difusión.

Como investigador me atrevo resaltar el aporte de la importancia que implica sumergir a las personas que padecen de hipertensión arterial en un proceso de entrevista que aflora diversos sentimientos que les permiten a su vez el conocimiento del proceso mismo que desarrollan, lo que por ende generará un cambio fundamental en su estilo de vida redundando en su salud.

Y por último todo aquel que tenga oportunidad de leer este trabajo, tendrá la oportunidad de vivir un proceso fenomenológico donde existirán estados naturales, eidéticos y trascendentales.

Los aportes realizados por los entrevistados en cuanto al valor salud implican no sólo la idea de bienestar, sino también la realidad de la calidad de vida, así como la

realización integral de la persona humana. Es importante destacar, que las creencias y las prácticas asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura, y esa cultura de las personas, incluyendo los profesionales de la salud, construye la realidad buscando el equilibrio que conlleva la prevención de las complicaciones de salud.

Los Entrevistados ofrecieron un gran aporte para la práctica de la Enfermería cuando nos brindan desde su esencia las vivencias que invitan a los profesionales a dar profundidad al conocimiento integral de la persona que padece de hipertensión arterial, donde su proceder y el de todos aquellos que hacen vida cerca de él, se reflejan de distintas maneras, inclusive el contexto de diferentes situaciones que influyen y determinan actitudes que definitivamente alteran o varían las formas y los cuidados a seguir, así como la adhesión a todo el procedimiento que implica padecer una enfermedad como esta.

La importancia del conocimiento sobre la realidad de los pacientes que padecen esta enfermedad y su calidad de vida, es particular y sostenido por el investigador en términos de su praxis cotidiana, por lo cual van asociados a esta realidad, los valores humanos al sostener intersubjetividades con informantes claves, en sus seguimientos en la consulta correspondiente en el ámbito de este estudio.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONSIDERACIONES FINALES**

La oportunidad de desarrollar un estudio fenomenológico sobre la Prevención de las Complicaciones de Salud desde las vivencias de personas con Hipertensión Arterial y tener la ocasión de abordar a los informantes de una manera natural, haciendo una entrevista abierta donde ellos pudieran expresar sus vivencias y así conocer fielmente la percepción del proceso que han vivido desde el momento en que fueron conscientes de su padecimiento, buscando la espontaneidad, tratando de recibir todo lo que se da en la intuición, el primer momento, esos sentimientos que fluyen y muestran emociones propias del conjugar sus sensaciones con una realidad imperante, la esencia de la conciencia, me ha permitido aprovechar el método fenomenológico donde la primera impresión me hizo pensar en cómo los pacientes ven la enfermedad y parecieran no darle ninguna importancia a la necesidad de cuidados constantes y modificaciones de estilos de vida los cuales, en primera instancia, parecían obviados.

Una vez que ahondo en la información obtenida, puedo ir analizando y, al realizar el proceso de reducción y comenzar con la exclusión de lo subjetivo, apartando lo teórico y con todo lo que tradicionalmente seguimos con relación a la hipertensión, sólo que me quedo con los significados de aquello que los entrevistados manifiestan y en esa reducción y la reflexión que conlleva en el proceso uniendo las

cualidades que permanecieron inalterables, esos elementos llamados trascendentes, es cuando encuentro que es en el proceso de transformación del estilo de vida por el padecimiento, cuando florecen sus sentimientos cargados de temor, de incertidumbre, el desconocimiento de lo que viene después de esto, allí se les presenta un transitar paulatino donde primero tienen que hacerse conscientes de que padecen una enfermedad crónica, comenzar aceptarla, apartar el temor en la medida que van adquiriendo conocimientos, cumpliendo el tratamiento, limitando sus acciones. Ese sentir del entrevistado va cambiando en la medida que va avanzando el proceso de prevención.

Una vez que se va profundizando y fragmentando los datos obtenidos o las impresiones expresadas, voy tomando conciencia de que ciertamente los informantes saben y conocen de su padecimiento, que aún cuando el proceso de modificación es lento y giran en un ciclo que comprende ese derecho y ese revés, no siempre conscientes de que lo reconocen, parecen querer esconder sentimientos propios causados por el desconocimiento del proceso en sí, o por ese futuro incierto que es latente en una enfermedad de este tipo, que incluye distintos fases de afrontamiento.

Si bien la fenomenología se encarga de indagar sobre la conciencia en función de sus vivencias, el presente trabajo ha desarrollado distintos procesos fenomenológicos, entre los cuales se encuentra el vivido por mí como investigador, incursionando en la conciencia de todos los informantes, tratando de analizar

procesos naturales, excluyendo las posiciones que pudieran emitir algún juicio aprobativo o lo contrario, buscando una reflexión que concentrara aspectos trascendentes en función de *la Prevención de las Complicaciones de Salud desde las vivencias de personas con Hipertensión Arterial*.

Del mismo modo, también ha desarrollado un proceso fenomenológico en los informantes, (aún cuando ellos desconocen el procedimiento) en la medida que se fueron adentrando en la entrevista y la conversación fue fluyendo, comenzaron a vivir procesos reflexivos donde sin estar conscientes de los hechos, su conciencia fue modificando ciertos desconocimientos y en la medida que fueron avanzando en la conversación mostraban una apertura diferente que pudiera haber generado algunos cambios de comportamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, en 1.946 y entró en vigor en 1.948. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/1946>.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Enfermería y Salud en la Comunidad*. Ginebra: Serie Informaciones Técnicas.2001
3. Campaña, A. *Investigación en Salud Mental*. Quito, Ecuador: Editorial FAC. 1995
4. Pacheco, E. La salud como Problema Humano Social. Caracas, Venezuela: Publicaciones UCV. 1996.
5. Caricote, Esther, Figueroa de Sánchez Evelyn. 2006
6. Castillo, A. *La atención primaria en salud y el desarrollo humano tienen la misma finalidad: el bienestar*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.funlode.org/SalaPrensa/Detaildelart%C3%ADculo/tabid/82/smid/370/ArticleID/426/reftab/70/Default.aspx> [Consulta: 2009, Noviembre 23]. 2009
7. Vicens, J. El Valor de la Salud. Barcelona, España: Siglo Veintiuno. 1998
8. Vilardell, F. *Ética y Medicina*. Valencia, España: Espasa. 1992
9. Peña Adolfo, Paco Ofelia. El Concepto General de enfermedad. Revisión, Crítica y Propuesta Tercera Parte. Un Modelo Teórico de Enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, año/vol. 64, número 001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. pp. 55-622. 2003
10. Servais, P. ISBN: ... El *Diccionario Larousse de Homeopatía con aplicaciones clínicas ... Ed Larousse*
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Extraído el 2 de febrero, 2007 de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html) 2006.

12. Pickering, T. *Buenas noticias sobre hipertensión arterial. Cómo asumir el control de la presión sanguínea alta y de su vida.* Argentina, Buenos Aires: Granica. 2000
13. Torres, L.M. *Tratado de anestesia y reanimación II.* Madrid: Arán. 2001
14. Hricik, D.; Smith, M y Wright, J. *Secretos de la hipertensión arterial. Preguntas y respuestas sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.* Barcelona: ELSEVIER. 2003
15. García, C. *Salud, bienestar y envejecimiento.* Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud. 2005
16. Orellana, P. *Encuesta de diabetes, hipertensión factores de riesgo de enfermedades crónicas.* Guatemala, Villa Nueva: Organización Panamericana de la Salud/Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). 2006
17. Freire, G y Tillet, A. (Edits.). *Salud indígena en Venezuela.* Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2007
18. Vasan R.S., Larson MG, Leip, ET AL: *Assessment of frequency of progression to hypertension* Hipertensión arterial en México 155 MG Vol. 74 Número 2/Abril-Junio 2004:134-157 **edigraphic.com** in *nonhypertensive participants in the Framingham Heart Study: A cohort study.* Lancet 2001; 358: 1682-6.
19. Dirección de Epidemiología e Investigación del Estado Lara. *Principales causas de mortalidad general en el estado Lara.* Barquisimeto: Autor. 2007
20. Jardim AR, Moura LF, Silqueira SM. A. Importância de uma assistência diferenciada ao cliente hipertenso visando à adesão no tratamento proposto. Anais do 8º encontro de extensão de UFMGoutubros; Belo Horizonte; Brasil; 2005
21. Evans, R.; Morris, B Y Marmor, T. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?.* Madrid: Díaz de Santos. 1996
22. Lazarus, R. S. & Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona, España: Martínez Roca. 1986

23. Álvarez-Ude, F. "Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*", 14, 64-68. 2001
24. Badia, X. & Lizán, L. Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J.F. Cano (Eds.). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, España: Elsevier. 2003
25. Canino, E. (2000). *Hipertensión arterial*. Caracas: Equinoccio. 2000
26. Werner, W.K y Hoeger, S. *Ejercicio y salud*. (6 Ed.). Barcelona: Thomson. 2006
27. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (2000). *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. [Documento en línea]. Disponible: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:\\_0X6NbNMri0J:www.cepis.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf+valores+de+vida+Conferencia+Mundial+de+la+salud&hl=es&gl=ve&sig=AHIEtbS5f\\_5Jn6ocVGBXo4Ceardt7ouiA](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:_0X6NbNMri0J:www.cepis.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf+valores+de+vida+Conferencia+Mundial+de+la+salud&hl=es&gl=ve&sig=AHIEtbS5f_5Jn6ocVGBXo4Ceardt7ouiA) [Consulta: 2010, Noviembre 3].
28. Hernández, M y Sartre, A. *Tratado de nutrición*. Madrid: Díaz de Santos. 1999
29. Hergueta, G. *Guía de hipertensión arterial*. (2 Ed.). Madrid: Norma. 2003
30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Red de Sociedades Científicas Médica Venezolana. *VI Congreso de la red de sociedades científicas*. 2004
31. Schneider, M. *Salvación personal avanzada. Logrando la salud por ti mismo*. México: Pax. 2008
32. Villegas, J.L. *Caracterización de los factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos*. Trabajo de grado de especialista en Medicina General Integral no publicado. Instituto de Altos Estudios en Salud pública Dr. Arnoldo Gabaldón, Aragua, República Bolivariana de Venezuela. 2007
33. Solano, M<sup>a</sup> del C. *Vivencias de las personas que han padecido un infarto agudo de miocardio tras un año de evolución: un estudio desde la perspectiva de la fenomenología social desarrollada en el departamento de salud número 20 de la comunidad valenciana*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Alicante, España. 2007

34. Ramírez, J.; López, M.; Gaviria, A. *Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial*. Trabajo de grado. Universidad Centrocidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto. 2006
35. Puertas de García, M. *Modelo Estratégico de Aprendizaje en Educación Comunitaria para la Salud basado en Valores*. Trabajo de grado. Universidad Centrocidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto. 2006
36. Mezquita, A. *El Rol de las Enfermeras y Enfermeros en la Investigación Cualitativa en los cuidados y conocimiento de los valores de la Cultura de las Sociedades Primitivas*. Trabajo de grado de Especialista. 2005
37. THUILLIER, Guy y TULARD, Jean. *Cómo preparar un trabajo de Historia (Métodos y técnicas)*. Barcelona: Oikos-tau, 1988.
38. Eco U. *El Péndulo de Foucault*. Ed. Lumen. Barcelona, España: 1989
39. García, A. *Efectos de la hipertensión arterial sobre la masa ósea de mujeres menopáusicas*. Tesis Doctoral no publicada. Universitat de Valencia, España. 2006
40. Santín, J.J. *Hipertensión arterial: factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco, alcohol y menopausia)*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid, España. 2003
41. Muñoz, L.; Price, Y.; Gambini, L y Costa, M. Significados simbólicos de pacientes con dolencias crónicas. En: *Revista de la escuela de enfermería USP*. 37 (4), 77- 84. 2003
42. Anés, R y Torres, A. *Teoría de Marta Rogers: seres humanos unitarios*. [Documento en línea]. Disponible: [http://webs.ono.com/aniorte\\_nic/archivos/teoria\\_marta\\_rogers.pdf](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/teoria_marta_rogers.pdf) [Consulta: 2009, Abril 13]. 2003
43. Colomer, C y Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: ELSEVIER. 2006
44. Marriner, A., Alligood M. *Modernos y teorías en enfermería*. (6 Ed.). Barcelona: ELSEVIER. 2008
45. Gamboa, R. *Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial*. Acta Médica Peruana, mayo-agosto, año/vol. 23, número 002. Colegio Médico del Perúana. 2006

46. Jenkins, D. *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2005
47. ATS Grupo B Administración Especial de la Generalitat Valenciana. *Temario específico sobre hipertensión arterial*. Madrid: Mad. 2006
48. Espinosa, H y Málaga, H. *Promoción de la salud: cómo construirá vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional. 2002
49. Litenberg, H. *Modificación y terapia de conducta. Tomo II. Infancia y juventud. Aplicaciones generales*. Madrid: Morata. 1983
50. Valero, J. *La escuela que yo quiero*. México: Progreso. 1989
51. Daft, R y Marcic, D. *Introducción a la administración*. (4 Ed.). Barcelona: Thomson. 2006
52. Martinelli, M. *Conversando sobre educación en valores humanos*. Brasil: Longseller. 2004
53. Lerner de Almea, R. *Los valores morales en el contenido de la educación: estudio caso Venezuela*. Caracas: Ministerio de Educación.
54. Haydon, G. *Enseñar valores. Un nuevo enfoque*. Madrid: Morata. 2003
55. Argyris, C. *Conocimiento para la acción. Una guía para superar los obstáculos del cambio en la organización*. Buenos Aires: Granica. 2009
56. Arango, M. *Cooperativismo y economía solidaria*. Medellín: Universidad cooperativa de Colombia. 2005
57. Costo, A.M y Almendro, C. *Los valores*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/valores.asp> [Consulta: 2010, Febrero 22] 2010
58. Balderas, M. *Ética de Enfermería*: México: McGraw-Hill Interamericana. 1998
59. Organización Panamericana de Salud. *Documento Oficial No. 32*. [http://www.paho.org/spanish/D/DO302\\_TOC.pdf](http://www.paho.org/spanish/D/DO302_TOC.pdf) 2001

60. Gerrig, R y Zimbardo, P. *Psicología y vida*. (17 Ed.). México: Pearson. 2005
61. Pender, N. *El modelo de promoción de la salud*. En: Marriner Tomey Ann. Madrid: Mosby Doyma. 1994
62. Marriner, A y Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. (5 Ed.). Madrid: Elsevier. 2003
63. Barrera, O y Miranda, N. *El concepto de participación en el cuidado de enfermería*. Trabajo de grado no publicado. Pontificia Universidad Javeriana, España. 2000
64. Domínguez, C. *La percepción del cuidar*. Barcelona: Pearson. 1990.
65. Potter, P. y Perry, G. *Fundamentos de enfermería I*. (5 Ed.). España: ELSEVIER. 2004
66. Mishel, M.H. Uncertainty in illness. En: *Image Journal of Nursing Scholarship*. 20 (1), 225-231. 1998
67. Torres, A y Sanhueza, O. Modelo estructural de enfermería de la calidad de vida de incertidumbre frente a la enfermedad. En: *Ciencia y Enfermería*. XII (1), 9-17. 2006
68. Isla, X. Percepción de Incertidumbre de los Pacientes diabéticos, controlados en el Consultorio Adosado de Especialidades, del Hospital Herminia Martín de Chillán. Chile 1994 – 1995. *Revista Ciencia y Enfermería II* (1): 71-80. 2006
69. San Martín, Javier. La fenomenología de Husserl como utopía de la razón. *Anthropos*, Barcelona (Filosofía, 10) p.43. 1987
70. Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica. Ed. FCE, México, 1986, pág. 64. 1986
71. Balcázar, P. *Investigación cualitativa*. México: Universidad Autónoma del Estado de México. 2006
72. Canales, M. *Metodología de investigación social.: introducción a los oficios*. Santiago de Chile: Lom. 2006

73. Ibáñez, A. *Nuevos avances en la investigación social I*. (Coord.). Barcelona: Proyecto A. 1998
74. Kant, E. *Crítica de la razón pura. Prólogo de la segunda edición. Introducción ¿Qué es ilustración?* (11ª ed.). Zaragoza: Universidad de Valencia. 2000
75. Parra, G. *Bases epistemológicas de la educomunicación. Definiciones y perspectivas de su desarrollo*. Ecuador, Quito: Abya-Yala. 2000
76. Buendía, Colás y Hernández *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: Morata. 2001
77. Taylor, S y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España: Piados. 2003
78. Flick, U. *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata. 2004
79. Martínez, M. *La nueva ciencia. Su desafío, lógica y método*. México: Trillas. 2006
80. Wilber, K. *La pura conciencia de ser*. Barcelona: Kairós. 2006
81. Pérez, G. *Modelo de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: NARCEA.
82. Husserl, E. *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. México: Fondo de cultura económica. 1997
83. Berger, P. y Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. 2006
84. Ibáñez, T. El construccionismo y la cognición social del socioconstruccionismo: Retrospectiva y perspectivas. En: *Política y Sociedad*. 40 (1), 155-160. 2003
85. Limón, G. *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia narrativa y construcción social*. México: Pax. 2005
86. Guba, EG, y Lincoln, YS "Controversias paradigmáticas, las contradicciones y las influencias emergentes" (p. 200) 2005

87. Belohlavek, P. *Conocimiento, la ventaja competitiva. Abordaje ontológico unicista*. Barcelona: Blue eagle group. 2007
88. Atienza, J.L. *¿Cómo se ven? ¿Cómo nos ven? Atrapados en los estereotipos*. España, Asturias: Universidad de Oviedo. 2005
89. Morse, J y Cols, E. *Concepts of Caring and Carings as a concept. Advances in Nursing Sciencie*. Estados Unidos de América: Sage. 1990
90. Mercado, F y Torres, M. (Comps). *Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica*. México: Plaza y Valdés. 2000
91. Aguirre Baztán, A. "Etnografía" en: Aguirre Baztán, A. (Edit.). *Etnografía. Metodología cualitativa de la investigación sociocultural*. 3-20. México: Alfaomega-Marcombo. 1997
92. Valles, M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis. 2000
93. Nitsch, J. *Entrenamiento de la técnica. Contribuciones para un enfoque interdisciplinario*. Barcelona: Paidotribo. 2002
94. Rice, P. *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. (2ª ed.). Barcelona: Prentice Hall. 1997
95. Colaizzi, P.F. *Reflections and research in Psychology: A phenomenological study of learning*. Dubuque, IA: Ken-dall-Hunt. 1978
96. Álvarez-Gayou, J. *Como hacer investigación cualitativa*. México, Paidós, p. 86. 2003
97. Sandelowski M. Time and qualitative research. *Res Nurs Health* 1999; 22: 79-87.
98. Parker MJ, Addison RB. Evaluating an interpretative account. Citado por: Parker MJ, Addison RB. *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology*. New York: University Press; 1989. p. 46-71.
99. Maxwell Joseph A. "Qualitative research design. An interactive approach" Sage Publicaciones, Pags. 89-98. 1996
100. Field, P., A. and Morse J, M. *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. Londres: Croom Helm. 1985

101. Ullin, P. *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington: Family Health International. 2006
102. Bailey, D. Stewart, L. Merle Mishel. *La incertidumbre frente a la enfermedad*. En Marriner, A. Raile, M. *Modelos y teorías en enfermería*. (5ª ed.). St. Louis: Mosby, 561-582. 2003
103. Mok, E. & Tam, B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 10, 503-511. 2001
104. Richardson, C. & Poole, H. Chronic pain and coping: A proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 659-667. 2001
105. Araújo MAL, Silveira CB. *Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007
106. Oliveira TC, AraujoTL, Melo EM, Almeida DT. *Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial*. Rev Latinoam Enfermagem 2002 jul/ago; 10(4): 530-36.
107. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto&Contexto Enferm*. jan/mar; 16(1): 63-70.). 2007
108. Blasco Valle M., Cordova García R., Mozota Duarte J., Otegui Haduya L. de Hipertensión Arterial en Medicina de familia. JARPYO EDITORES, S.A., 1997, p. 9. 1997
109. Chobanian A, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *JAMA*, May 21. Vol. 289, No. 19. 2003
110. Lalonde, Marc. *El campo de la salud: una perspectiva canadiense*. Promoción de la salud: una antología. OPS, Washington DC. 1996.
111. Roccella Ej, Kaplan Nm: *Interpretation and evaluation of clinical guidelines*. In: Izzo JL Jr, Black HR, eds. *Hypertension Primer*. Dallas, TX: American Heart Association, 126: 126-7. 2003
112. Juárez-García A. *Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México*. Salud Pública Mex; 49:109-117. 2007

113. Lugones, M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 4. 2002
114. Buzzi A.R. *Existência humana no mundo. 16ªed. São Paulo (SP): Vozes.2007*
115. Colectivo de Autores (2001) *Introducción a la Medicina General Integral. Selección de temas.* La Habana. 2001
116. Rossi VEC. Suporte social familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.
117. Costa RS, Nogueira LT. Contribución familiar en el control de la hipertensión... *Rev Latino-am Enfermagem setembro-outubro; 16(5).* 2008
118. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, No. 1. 2006
119. Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que Acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. Perú. 2007
120. Poletti, O; Barrios, Lilian *Antecedentes familiares con obesidad e hipertensión arterial en escolares de corrientes. Argentina.* Cátedra N° 1 de Fisiología Humana. Facultad de Medicina de UNNE. M. Moreno 1240. (3400). Corrientes. Argentina.
121. Bimbela JL, Gorrotxategi M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Escuela Andaluza de Salud Pública 2ª Ed. 2001

# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**TRANSCRIPCION DE LAS**  
**ENTREVISTAS**

**INFORMANTE CLAVE 1/CÓDIGO: EP-IC-1**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 23 de Abril de 2009**

Con la ayuda del guión temático, me acerco al mundo de significados del entrevistado/a poco a poco. En un principio utilizando preguntas generales y, a medida que transcurre la entrevista, introduciéndome en el significado profundo que atribuye a sus comportamientos, vivencias y experiencias. Al igual que un embudo, fui mencionando desde preguntas generales a preguntas específicas. La entrevista se fue concretando y las respuestas del entrevistado/a se volvieron más ricas y llenas de significados.

**Investigador:** Buenos días.... Podemos hablar un poco desde cuando sufre de Hipertensión Arterial

**Informante 1:** Bueno le cuento que eso sucedió de manera progresiva... desde el año 1996 para acá, empecé a sentir los primeros síntomas, la tensión comenzó a subir en dos ocasiones de 210/140 y 190/110, muy distanciadas pensaba que me había curado decidí no seguir haciéndome revisiones, no visite mas al medico me sentía bien ... (hace una pausa en su mirada se aprecia tristeza); bueno hasta mediados del 2004, cuando cumplí 45 años que me estalló un pre infarto en el cual me hospitalizaron en terapia intensiva en clínica por tal motivo....me desesperé mucho, me puse de mal humor, llegue a responder de manera violenta a mis familia cercana ....fue muy fuerte (tristeza)

**Investigador: Me puede comentar que es vivir con Hipertensión arterial**

**Informante 1:** Es vivir esclavizado a la dieta, lo más duro es acostumbrarse a muchos cambios en los hábitos alimenticios, aparte de esto, la familia me produce estrés insiste en que no haga algo indebido, cuidando de que no coma esto ni lo otro, a uno le cambia la rutina normal, tus hábitos comunes, no es que lo complica, porque yo considero que todo el mundo debería comer sano, la gente está acostumbrado a la buena vida, lo que pasa es que pensamos que la buena vida es sólo bebidas alcohólicas y bochinche, pero no pensamos en las cosas sanas como tal; sin embargo, me estoy adaptando a mi estado de hipertensión; y como he llevado una vida normal sana no tengo limitaciones hasta el momento por el sólo hecho de ser hipertenso, no me siento limitado.

**Investigador: hábleme un poco de la Hipertensión**

**Informante 1:** Desde el 2004, que presenté el pre infarto, la verdad es que me interese en leer sobre la enfermedad silenciosa, como la llaman, los escritos y yo digo que es traicionera, pero es mi opinión personal.

**Investigador: Me puede explicar cómo ve la hipertensión como enfermedad**

**Informante 1:** Me siento bien, claro, me cambió la vida, pero no es un cambio brusco, es algo leve, no tengo resentimiento como tal, por tener esa enfermedad, ni tampoco estoy frustrado, ni pregunto porque yo tengo esa enfermedad en ningún momento; me siento tranquilo es algo que considero entre lo normal y lo natural, todos en este mundo estamos propensos a tener una enfermedad, la mía es por lo

menos tratable, controlable porque a veces hay personas que tienen enfermedad incurables.

**Investigador: Conversemos un poco sobre el tratamiento de esta enfermedad**

Le cuento que la adaptación de tragar pastillas fue si se quiere traumático para mi, tomo Altace de 5 mgr, Furosemida de 40 mgr, Aspirina infantil. Y aparte tomo para controlar los valores de los Triglicéridos y el colesterol, Tritalac para la parte renal; porque tengo descendencia en la familia con riñones Poliquísticos, de hecho yo tengo quistes en lo riñones.

**Investigador: Ud. cree que la Enfermedad Renal se pasa de generación en generación**

**Informante 1:** Yo si estoy seguro que se pasa en la familia, por ejemplo le explico... mi madre fue trasplantada hace 2 años porque tenia Insuficiencia Renal Crónica, estaba en Diálisis hasta que fue trasplantada ; Tengo una hermana que me lleva 6 años que sufre de tensión alta desde los 14 años, a los 14 años fue diagnosticada hipertensa y con su problema renal es por cálculos a nivel de los riñones Poliquísticos, desde esa edad ella depende de los fármacos respectivos para la tensión y para la función renal, sin embargo con todas sus dificultades como tal , mi hermana tuvo 2 hijos tranquilamente, no vamos a decir que tiene una vida sana 100 % pero si camina, come, salta y yo considero que eso es lo básico que uno debe sentir en la vida , ya que uno tenga sus manos, sus pies, pueda gritar, ver hacer lo que tu quieras ya es un privilegio .

**Investigador: Y la Hipertensión se hereda...**

**Informante 1:** Digo que si es hereditaria...mi papá es hipertenso. Sin embargo, no tiene patología renal sólo la hipertensión, y tengo 2 hermanos mayores que son hipertensos

**Investigador: Hábleme de las complicaciones de la Hipertensión Arterial**

**Informante 1:** Ya le comente que luego del susto del preinfarto estoy siempre leyendo...dicen que la más común es el ACV, infarto, los cuales he escuchado y he leído, no porque alguien me lo explico o porque me digan con hipertensión tienes riesgo de esto o de esta otra cosa, nunca he tenido esa información directa, sino que por medio propio he buscado.

**Investigador: Ha sentido temor de esto, de tener alguna complicación de éstas**

**Informante 1:** ya pase por una experiencia...en verdad no, no me he limitado, no he tenido temor de la enfermedad que tengo, siento que me he acostumbrado a vivir con ella, más no ella conmigo.

**Investigador: Y a las complicaciones de la hipertensión que padece**

**Informante 1:** No le tengo temor obviamente todos le tenemos miedo a la muerte, a un infarto a una cosa o a otra , sin embargo la vida te da lo que te mereces y tú llegas hasta donde deseas llegar, por esa parte no me limito cumpro con mi cuota del contrato, mi cuota es cuidar mi alimentación, cumplir con mi tratamiento, si cumpro con esto no le tengo temor a las consecuencias de la enfermedad, porque ya

estoy cumpliendo con la parte mía, si pasa algo mayor es porque escapa de mis manos, algo que no estaba dentro de mis limitaciones entonces no tengo porque tener temor a la realidad que desconozco, lo que yo conozco trato de prevenirlo y evitarlo y por esa parte me siento tranquilo, no tengo temor, siento seguridad.

**Investigador: En el día a día que hace Ud., para prevenir estas complicaciones (actividades que realiza)**

**Informante 1:** Bueno me considero una persona sedentaria...Realmente cumpro con los tratamientos médicos y con la dieta es lo único que hago, porque de realizar la caminata realmente no lo hago, en verdad la única manera preventiva que hago yo para evitar complicaciones a futuro en cuanto a la patología médica es cumplir con el tratamiento al pie de la letra religiosamente todos los días me tomo los medicamentos, trato de cumplir mi dieta lo más que pueda, a veces mi trabajo no me permite cumplir mucho con la dieta, en ocasiones el hambre me gana y tengo que comerme un pedazo de carne roja o algo por el estilo, por eso le digo no que la tenga el 100 % prohibida ni contraindicada pero no es prudente que lo haga muy seguido, a veces tengo que hacerlo porque no me queda otra opción, pero siempre cuido mi alimentación y al pie de la letra sigo mi tratamiento, nunca dejo que se me agote y si voy a viajar mis medicinas van conmigo a todos lados .

**Investigador: Explíqueme la dieta que lleva en su casa**

**Informante 1:**La dieta principal es baja en sal, yo como totalmente simple , a veces cuando hacemos comida para todos, tengo 2 niñas menores no puedo limitar a los niños de la sal, trato de colocarle poca cantidad de sal, cuando hago sólo para mi la hago sin sal, evito las carnes rojas al máximo, porque le dije al médico uno a veces rompe la dieta en cualquier oportunidad, yo trato de comer carnes blancas, pescado, me gusta mucho los vegetales y me limito a las carnes rojas lo más que se pueda por lo menos en el hogar y dejo para comer carne en las ocasiones especiales .

**Investigador: Me puede comentar que hábitos negativos tiene desde que es hipertenso**

**Informante 1:** El hábito negativo que tengo es comer carne roja, como cuando voy a una parrilla, pero el deber ser, es eliminarla cien por ciento, sin embargo reconozco que a veces uno se hace el loco con las cosas, estoy conciente del daño que me produce de repente la carne roja, hasta hace poco era fumador, tengo exactamente 10 meses que no fumo, sin embargo cuando me diagnosticaron la hipertensión en el 2004 con un pre infarto del 2004 al 2008 fueron 4 años a pesar de saber la enfermedad era fumador, tenía ese mal hábito no buscaba la manera de salir, porque de hecho me salí porque me provoco, en diciembre dije no fumo más y gracias a Dios lo he cumplido. En la parte de las bebidas alcohólicas trato en lo posible de tomar whisky es lo que realmente considero que es un poquito más sano, por ahí hay mitos que la gente dice que el whisky es bueno para la circulación, para el corazón, pero para mí eso es un mito y fantasía, la gente tiene esa excusa cuando está bebiendo pero para mí eso es fábula o mito; sin embargo, cuando socializo trato de tomar whisky no es que me va a ayudar con la circulación pero me hace menos daño al

riñón, la cerveza si hace daño a los riñones por tal razón elijo el whisky, se podría decir que esos son los 2 hábitos negativos que tengo pero son ocasionales.

**Investigador: Ha cambiado su vida cotidiana, su día a día**

**Informante 1:** Cambiado totalmente no, yo me adapté a mi enfermedad no voy a ser un mártir, por mi enfermedad ni nada por el estilo, simplemente tengo que asumirla y vivir las consecuencias que pueda obtener de ella no todo puede ser negativo, sin embargo he tratado en todo lo posible de evitar niveles de estrés, niveles de ansiedad, evito de tener emociones fuertes para no caer en una posible consecuencia de hipertensión o algo por el estilo. En mi trabajo evito los niveles de estrés, trato de ser funcional, igual en mi casa con mis hijas trato de evitar la mayor molestia, de resto no hay ninguna modificación en mi vida.

**Investigador: Qué cifras de Tensión Maneja**

**Informante 1:** 130/80 y 120/80 manejo esas 2 tensiones aproximadamente.

**Investigador: Se ha sentido bien cambiando los hábitos para evitar complicaciones**

**Informante 1:** Todo comienzo es difícil, al principio fue fuerte cambiar los hábitos alimenticios, sin embargo hoy en día estoy contento, me siento a gusto haber cambiado los hábitos alimenticios, como sano, me gusta la comida que como día a día. La comida no tiene la misma preparación, pero me siento a gusto con la dieta que cumplo hoy en día, considero que el cambio fue a favor y no en contra fue un beneficio y gracias a Dios como todo tipo de alimento y en eso no me afecta por cambiar un hábito en donde la persona pueda tener un choque.

**Investigador: Cada cuánto va al médico para el control**

**Informante 1:** Cada 6 meses empecé, después fue anual, pero mínimo anual todos los noviembre me hago los exámenes médico anual y voy al especialista; sin embargo en el trabajo nos realizan exámenes médico anual en Marzo de todos los años, si todo sale bien sigo mi rutina hasta que vuelvo hacer mi chequeo y si algo sale alterado voy para mi médico especialista.

**Investigador: Ud. tiene hábito de consumo de café**

**Informante 1:** Tomo café, pero no como un hábito dañino como referencias dicen que una taza de café al día estimula el cerebro, estimula el ritmo cardíaco positivamente, otros dicen que 2 o 3 tazas alteran los nervios, el ritmo cardíaco negativamente; en realidad si tomo café pero no dependiente si no tomo no tengo ningún síntoma o no me hace falta y si lo tomo lo tomo a cualquier hora.

**Investigador: Se ha controlado con un Nutricionista**

**Informante 1:** No, tengo la dieta que me dio el Médico Internista y sigue siendo la misma.

**Investigador: Cómo ha influido su Enfermedad en el grupo familiar**

**Informante 1:** Al principio temores, mi esposa se sintió muy nerviosa por mi recaída en el 2004, y fui yo quien trato de levantarle los ánimos a mi esposa de decirle que esto no era nada grave, le dije que era algo común que no era dañino que tenia solución, que era una enfermedad llevadera; pero hoy en día es normal mis hijas me pasan las pastillas ya lo ven como algo cotidiano.

**Investigador: A nivel de pareja como influye la enfermedad**

**Informante 1:** Al principio mi esposa sentía temores, me sobreprotegía que no hiciera esto o otra cosa, eso a veces me hacia sentir incomodo, le dije epa!! ya va yo no soy inútil!!, yo puedo caminar, hacer mis cosas, solo tengo algunas limitaciones pero ya lo sobre llevamos.

**Investigador: A nivel sexual como influye la enfermedad Hipertensión Arterial**

**Informante 1:** Al principio mi esposa sentía temor porque pensaba que si hacíamos el amor, pensaba que podía alterarme emocionalmente que se me podía alterar la tensión y había mucho tabú por su parte, pero afectó fue al principio... Pero poco a poco lo fuimos llevando hasta que tenemos una vida sexual sin complicaciones.

**Investigador: A nivel Social como influye la enfermedad Hipertensión Arterial**

**Informante 1:** Sí afectó al principio hubo disminución de fiestas, reorienté los grupos donde fumaban y bebían, sí disminuyó, iba pero sólo un rato, ya no me trasnochaba por mi patología y en cuanto a mis limitaciones, fui evolucionando y en todas esas etapas clasifiqué mi grupo que se adoptaba a mi nueva rutina de vida.

**Investigador: Estos cambios han impactado en su personalidad en su manera de ser**

**Informante 1:** Sí porque crecí más, maduramos más, cambio hasta mi manera de vestir, cambio mi entorno, empecé a cambiar desde ese momento tome mayor conciencia de la vida

**Investigador: Ha tenido apoyo de la familia**

**Informante 1:** Sí, mi esposa se bloqueó al principio, pero me apoyaba muchísimo, me atendía muy bien, mis padres y mis hermanos también me apoyaron

**Investigador: Qué recomendaciones le daría a las personas que son hipertensas**

**Informante 1:** Hacerse un chequeo de exámenes, es difícil evitar pero no imposible, disminuir la sal, mejorar nuestra dieta, evitar fumar, evitar la carne.

Crear una campaña educacional para cambiar nuestro hábito alimenticios y dar a conocer las enfermedades que pueden ocasionar, tales como Hipertensión, Diabetes, los cuales son previsibles, en el caso que si se presta la debida atención.

Visitar a un cardiólogo

Visitar a un buen internista

Cumplir con la dieta y el tratamiento.

**INFORMANTE CLAVE 2/CÓDIGO: EP-IC-2**  
**Entrevista a profundidad realizada el día 27 de abril de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 2:** 40 años

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso?

**Informante 2:** Desde hace 1 año.

**Investigador:** ¿Tiene familiares con hipertensión arterial?

**Informante 2:** Mi mamá y mi padre, hace 3 años mi padre murió a causa de la hipertensión

**Investigador:** ¿Qué le pasó a su papá?

**Informante 2:** No cumplió con el tratamiento, y le dio un derrame cerebral

**Investigador:** ¿Qué edad tenía su papá cuando murió?  
54 años.

**Informante 2:** Mi mamá actualmente es hipertensa, pero ella se controla

**Investigador:** Me puede hablar un poco de la hipertensión arterial como enfermedad

**Informante 2:** Considero que es una enfermedad de mucho riesgo, hay que tratarla con mucho cuidado, cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico, tratar de no excederse en la alimentación tratar de que sea balanceada, sana, para evitar de que afecte las venas, porque muchas veces esa comida contiene mucha grasa que obstruye las venas y puede causar infarto

**Investigador:** Qué es vivir con la Hipertensión arterial, en su vida diaria

**Informante 2:** Bueno, es vivir en zozobra, porque si uno no se toma las pastillas indicada por el médico, en cualquier momento puede caer y causarle daño al cuerpo y quedar en cama, por lo menos en mi trabajo que soy militar y me cambia de uno sitio a otro, esos cambios bruscos me pueden ocasionar un ACV o un infarto por una enfermedad, ya que ocasiona estrés laboral, crisis emotiva, no es fácil vivir el día a día, ya que hay que tratar de mantenerse serenamente, tranquilamente, todo llevarlo pausadamente, evitar la ira y afectar el cuerpo, vivir con esta enfermedad no es fácil , porque al tener esta enfermedad me cambio totalmente el ritmo de vida.

**Investigador:** Hábleme de las complicaciones de la hipertensión arterial

**Informante 2:** por lo que me dicen los médicos, las enfermeras esta enfermedad produce ACV, dolor de cabeza, el corazón (infarto) afecta la vista y muchas más pero éstas son las que me acuerdo ahora.

**Investigador:** Me puede decir qué hábitos negativos tiene Ud.

**Informante 2:** Bueno antes yo no tenia conciencia sobre lo que es sentir estrés en el trabajo y en la alimentación ya que no tengo la persona idónea para que me haga comida como lo indica el médico de manera que no me cause ningún daño en el cuerpo, por lo menos aquí en el comando es difícil que haga la dieta en el comedor y principalmente el estrés laboral por el día a día que se vive aquí las salidas de comisión, las regañaderas, eso me causa demasiado hábito negativo, porque yo lo que quiero es tener tranquilidad.

**Investigador:** Por el estrés laboral usted se ha sentido psicológicamente afectado

**Informante 2:** Sí, me afecta mucho el estrés laboral.

**Investigador:** **Ha buscado ayuda psicológica, para solventar este problema de estrés**

**Informante 2:** No, pero voy hablar con mis superiores para ver si tienen algunas consideraciones conmigo, de hecho mi coronel es médico internista para que me elaboré un informe médico y mis superiores tengan consideración.

**Investigador:** ¿Fuma?

**Informante 2:** No

**Investigador:** ¿Bebe?

**Informante 2:** Ocasionalmente, eventualmente

**Investigador:** ¿Practica alguna actividad física?

**Informante 2:** No, pero trato de caminar 2 o 3 veces al día 10 o 15 minutos.

**Investigador:** ¿Siente algún temor por tener hipertensión arterial?

**Informante 2:** Si mucho temor, todos los días cuando me levanto le doy gracias a Dios por haberme levantado bien, porque he sabido de muchas personas que sufren de hipertensión y quedan en cama, temo de un ACV que muchas veces quedan mal y temo de que eso me pueda suceder a mí y eso me afecta psicológicamente

**Investigador:** Ha cambiado su vida luego de conocer que es hipertenso

**Informante 2:** Sí cambió, ya que al conocer que usted tiene una enfermedad de alto riesgo trata de disminuir todo lo que hacía aceleradamente y enérgicamente, entonces ahora todo lo hago paso por paso.

**Investigador:** ¿A qué le llama altísimo riesgo?

**Informante 2:** Que puede dar un ACV, un infarto, algo que cause la muerte fulminantemente

**Investigador:** Esta enfermedad ha influido en su grupo familiar

**Informante 2:** Sí he sentido que mucho ha cambiado, porque ellos tratan de llevar el mismo paso para poder adaptarse a mí, ellos tienen que cuidarme de que yo agarre cualquier ira ya que ellos conocen que es la hipertensión arterial y qué pueden ocasionar y por más que sea la sangre duele y por tal razón a ellos también les ha afectado.

**Investigador:** Ha afectado en el trabajo

**Informante 2:** Personalmente sí, porque yo era una persona muy activa, si era de amanecer yo amanecía, pero ya no es el mismo estado físico todo cambio por la edad y por la enfermedad.

**Investigador:** ¿Le ha traído problema la enfermedad en la parte laboral?

**Informante 2:** Sí porque mis superiores no entienden que con esta enfermedad uno no tiene las mismas energías de 5 años atrás, por tal razón no tenemos las mismas energías

**Investigador:** influye la hipertensión arterial en su vida social

**Informante 2:** No, trato de mantener alejado, cada quien vive su vida, para la sociedad es insignificante lo que uno tiene.

**Investigador:** Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica

**Informante 2:** Bastante, porque como se cambia el tipo de comida, medicinas esos son gastos extras, ya que la comida de dieta es más costosa, por tal razón hay que hacer un esfuerzo para cumplir al pie de la letra las indicaciones del médico, también se gasta en las consultas.

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 2:** Muy poco, porque somos muy distanciados mis hermanos y mi madre, cada quien vive su vida como mejor le parezca

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones?

**Informante 2:** Que se cuiden mucho y que cumplan al pie de la letra lo que le indique el médico.

**INFORMANTE CLAVE 3/CÓDIGO: EP-IC-3**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 5 de Mayo de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 3:** 51 años

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso?

**Informante 3:** Tengo 16 años con esa enfermedad.

**Investigador:** ¿Qué piensa usted de la hipertensión arterial como enfermedad?

**Informante 3:** Pienso que es una enfermedad bastante complicada porque le cambia todo a uno, la forma de vivir, la forma de alimentarse, la forma de llevar tú vida, nos cambia por completa la hipertensión arterial alta.

**Investigador:** ¿Qué significado tiene para usted vivir con la hipertensión arterial en su vida diaria?

**Informante 3:** He tenido que dejar tantas cosas, dejar de comer tantas cosas sabrosas que me hacen daño, dejar de comer para controlar la vida.

**Investigador:** ¿Conoce usted las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 3:** Sí, las conozco y si no tenemos cuidado podemos sufrir un infarto, un ACV, problemas de insuficiencia renal, diabetes, problemas de vista.

**Investigador:** ¿Conoce usted los órganos que afecta la hipertensión arterial?

**Informante 3:** Bueno, desde mis conocimientos se que afecta los riñones, cerebro, corazón, la vista y toda la circulación.

**Investigador:** ¿Ha usted le ha afectado algunos de estos órganos?

**Informante 3:** La parte de los riñones, la vista, esos sí.

**Investigador:** ¿Qué hábitos negativos tiene a pesar de que es hipertensión?

**Informante 3:** La forma de comer, tomo bebidas alcohólicas (todo los fines de semana, cervezas), al otro día siento malestar, pies y manos hinchadas, tensión alta. No camino, tomo café, tomo refresco los días de semana.

**Investigador:** ¿Está en control con algún nutricionista?

**Informante 3:** No, sólo con el cardiólogo y con el internista cuando me siento mal.

**Investigador:** ¿Qué malestar en la salud percibe cuándo se siente mal?

**Informante 3:** La tensión muy alta, me duele la cabeza y estoy muy hinchada; nunca me he controlado con un nutricionista

**Investigador:** ¿Qué hace usted diariamente para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 3:** No tomo precauciones, no hago nada, no le presto mucha importancia, cuando me siento muy mal voy al médico.

**Investigador:** ¿Ha sentido algún temor de tener alguna complicación de la hipertensión arterial?

**Informante 3:** He sentido temor cuando me han hospitalizado, por la tensión alta.

**Investigador:** ¿A cuáles complicaciones le tiene miedo?

**Informante 3:** Cuando me dan los dolores de cabeza muy fuerte que me pueden dar un ACV, le tengo miedo a morir.

**Investigador:** ¿Ha cambiado su vida luego de conocer que es hipertensa?

**Informante 3:** Sí, ha cambiado.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su grupo familiar?

**Informante 3:** Bueno, a mis hijos les ha costado adaptarse a la parte de la alimentación, porque quiero que se alimenten igual que yo pero no les gusta los vegetales, la comida sana, no les gusta comer simple.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su vida social?

**Informante 3:** A veces me cohíbo de salir ya que no me acostumbro ir a una fiesta sin tomar, comer pasapalos, prefiero no salir.

**Investigador:** ¿Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica?

**Informante 3:** Bastante, porque tengo que comprar la dieta y me sale muy costosa, las pastillas son muy costosas y tengo que recurrir a la genérica.

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 3:** Sí me han apoyado, sobre todo mi mamá que está pendiente de que me tome la pastilla.

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones?

**Informante 3:** Que se cuiden, que se hagan un chequeo cada 6 meses con un cardiólogo o internista, se realicen exámenes que traten de tener controlado los valores no se limiten sólo a tomarse el medicamento, eviten el sedentarismo, dieta, poca sal, caminar 45 minutos.

**Investigador:** ¿Tiene familiares con hipertensión arterial?

**Informante 3:** Mis abuelos Paternos y Maternos, mis Padres. Mi padre murió de Diabetes.

**INFORMANTE CLAVE 4/CÓDIGO: EP-IC-4**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 5 de Mayo de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 4:** 37 años

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso?

**Informante 4:** Desde hace 9 años

**Investigador:** ¿Qué medicamentos toma?

**Informante 4:** Atenolol y Enalapril.

**Investigador:** ¿Tiene antecedentes familiares con hipertensión arterial.

**Informante 4:** Ninguno

**Investigador:** ¿Qué piensa usted de la hipertensión arterial como enfermedad

**Informante 4:** Es una enfermedad donde hay que cuidarse, donde hay que tener tratamiento y es muy riesgosa

**Investigador:** Riesgosa, ¿en qué sentido?

**Informante 4:** Puede uno dejar de existir por ejemplo, por ser una enfermedad que afecta el corazón

**Investigador:** ¿Qué significado tiene para usted vivir con la hipertensión arterial?

**Informante 4:** He aprendido a vivir con ella, con el tratamiento, con dieta bueno con la que se pueda

**Investigador:** ¿Cómo con lo que se pueda hacer?

**Informante 4:** Bueno, por cuestiones económicas porque los alimentos que son para dieta son muy costosos

**Investigador:** ¿Conoce usted las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 4:** La enfermedad que afecta el sistema renal por la diabetes, el corazón que es uno de los órganos que más hay que cuidar y la vista.

**Investigador:** ¿Que hábitos negativos tiene a pesar de que es hipertensa?

**Informante 4:** El comer mucho, por falta de voluntad para hacer la dieta.

**Investigador:** ¿A qué le atribuye usted esa falta de voluntad?

**Informante 4:** Por cuestiones económicas no se cumple la dieta totalmente, encontrar los alimentos adecuados.

**Investigador:** ¿Se ha controlado usted con un nutricionista?

**Informante 4:** Sí, me mandan a hacer dieta. Estuve hospitalizado en el Hospital de Caracas, bajo observación de un nutricionista, en el 2002 tuve 1 mes hospitalizado y cumplía la dieta

**Investigador:** ¿Por qué estuvo hospitalizado?

**Informante 4:** Por problema de tensión, el Endocrino vio necesario hospitalizarme, para hacerme unos estudios del hígado, donde me dijo que iba a sufrir de diabetes.

**Investigador:** ¿Qué actividades desarrolla a favor de los cuidados para prevenir la hipertensión?

**Informante 4:** Trato de seguir la dieta, y cuidar el estrés, pero sobre todo cumplo la dieta cuando comienzo a sentir algunos síntomas en los dolores de cabeza, si me canso, algún mareo, nada de deporte ni ejercicios (silencio)

**Investigador:** ¿Fuma?

**Informante 4:** No

**Investigador:** ¿Consume bebidas alcohólicas?

**Informante 4:** No, muy frecuente

**Investigador:** ¿Ha sentido algún temor por tener hipertensión arterial?

**Informante 4:** Sí, he sentido temor, he sentido un dolor en el pecho, y a raíz de ese dolor me da temor de sufrir un infarto, temor de sufrir un ACV y quedar postrado en una cama, de sufrir una insuficiencia renal y me realizan diálisis

**Investigador:** ¿Ha cambiado su vida luego de conocer que es hipertensa.

**Informante 4:** Si, cambio.

**Investigador:** ¿En qué sentido cambió?

**Informante 4:** Cambio en la alimentación, es que ya no se puede beber, estranocharse, no vivir alocadamente, sino que vivir la vida más sanamente, los vicios ya fueron apartados, me siento más sano ya que tengo una buena alimentación

**Investigador:** ¿Desde el punto de vista laboral le ha cambiado la vida esta enfermedad?

**Informante 4:** Sí, por mi profesión, ya uno al ser militar, en esta profesión uno tiene que montar servicio, es muy exigente, y por la enfermedad me limita.

**Investigador:** ¿Cómo ha sido la limitante?

**Informante 4:** Más que todo cuando se presta servicio, el tiempo que dura uno en los comandos, la alimentación no es la adecuada, si no me alimento bien, me enfermo.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su grupo familiar?

**Informante 4:** Sí, han sido más cuidadosos conmigo queriendo protegerme de cosas que no tengo que hacer,

**Investigador:** ¿Cuáles cosas no tiene que hacer?

**Informante 4:** No tomar bebidas alcohólicas, no fumar, no estresarme.

**Investigador:** ¿Ha sentido que el estrés laboral ha afectado su enfermedad?

**Informante 4:** Al estar estresado se me eleva la cifra de la tensión y me han tenido que hospitalizar. (estrés laboral)

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su vida social?

**Informante 4:** Sí me ha afectado, porque el grupo de amigos, se limita, uno no puede salir a fiestas y si sale no puede consumir bebidas alcohólicas, consumir los alimentos que son altos en grasa. Por eso si afecta.

**Investigador:** ¿Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica.

**Informante 4:** Me ha afectado en la parte de los medicamentos, en las consultas, en los estudios, lo cual hace un desequilibrio en mi presupuesto, para costearme esta enfermedad es muy costoso, los viajes de control a la ciudad de Caracas, la estadía, los pasajes todo esto afecta la parte económica.

**Investigador:** ¿Esto ha afectado el presupuesto familiar?

**Informante 4:** Para costear todo esto hay que sacarlos del sueldo, para comprar las medicinas y viajar a Caracas, dejo de comprar cosas para la casa.

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 4:** 100 % el apoyo, me han cuidado para que esta enfermedad no pase a algo mayor.

**Investigador:** ¿Ha que llama algo mayor?

**Informante 4:** A que uno sufra una insuficiencia renal, diabetes, un ACV, me cuidan eso.

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones?

**Informante 4:** Que se cuiden, que tener esta enfermedad uno no puede vivir la vida a lo loco tratar de preveer.

**Investigador:** ¿Qué es vivir a lo loco?

**Informante 4:** Andar bebiendo, andar estrasnochándose, rumbiando, ya que por ser la hipertensión una enfermedad silenciosa, porque a veces no se siente los síntomas, y al darle a uno un ACV, o un paro al corazón, es porque no se miden esas consecuencias.

**INFORMANTE CLAVE 5/CÓDIGO: EP-IC-5**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 14 de Mayo de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 5:** 47 años.

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso?

**Informante 5:** Tengo como 8 o 9 años

**Investigador:** ¿Tiene antecedentes familiares con hipertensión arterial?

**Informante 5:** Madre y tío.

**Investigador:** ¿Qué piensa usted de la hipertensión arterial como enfermedad?

**Informante 5:** Es una enfermedad que va deteriorando poco a poco, con la subida de tensión se pueden dañar algún órgano y eso perjudica a la persona y puede dejar de funcionar el órgano.

**Investigador:** ¿Cómo resumiría usted lo que es vivir con Hipertensión arterial?

**Informante 5:** No puedo comer algunas cosas, porque me sube la tensión o me sube el colesterol y triglicéridos porque con esos valores altos sube la tensión.

**Investigador:** ¿Conoce usted las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 5:** Se poco, lo que he leído es que puede dar infarto, ACV, diabetes la cual perjudica la vista, y los riñones.

**Investigador:** ¿Qué hábitos negativos tiene a pesar de que es hipertensa?

**Informante 5:** Tomo refrescos, tomo café, cervezas y soy sedentario, tengo mala circulación, por una vena que tengo obstruida en el corazón, tengo gastritis y no cumplo con la dieta.

**Investigador:** ¿Ha sentido temor de tener alguna complicación con la hipertensión arterial?

**Informante 5:** Temor en caer en una cama paralítico o que me afecte un riñón y caer en diálisis.

**Investigador:** ¿Ha cambiado su vida luego de saber que era hipertenso?

**Informante 5:** Ha cambiado porque la familia me dice que no puedo comer esto, cambia mi modo de ser, mi familia me quita lo que me hace daño pero en la calle me lo como.

**Investigador:** ¿Ha influido la Hipertensión arterial en su trabajo?

**Informante 5:** En ciertos aspectos, porque trabajo con público y esos a veces me estresa, me afecta me sube la tensión.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su grupo familiar?

**Informante 5:** La familia trata de hacerme la dieta, para que me sienta bien, pero yo le digo que coman normal.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su vida social?

**Informante 5:** Bueno yo pienso que en las fiestas hay bebidas alcohólicas y pasapalos los cuales me hacen daño.

**Investigador:** ¿Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica.

**Informante 5:** Bastante porque los medicamentos son muy costosos, ya que el genérico no hace lo mismo, ahora estoy tomando Convesyl de 4 mg el cual no encuentro ya que cambiaron la presentación a 5 mg la doctora me dice que no afecta que lo tome pero todavía no se encuentra, tengo 1 semana sin tomar medicamento y me afecta.

**Investigador:** ¿En que lo afecta?

Tensión alta

Dolor de cabeza

Sudoración

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 5:** Somos muy unidos, me apoyan.

**Investigador:** ¿Ha influido la hipertensión arterial en su vida sexual?

**Informante 5:** No me afectado todavía en nada.

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones.

**Informante 5:** Que hagan su dieta, que coman poca sal, que se tomen su medicamentos, hacer ejercicios (caminar 45 minutos), evitar el cigarrillo, no consumir mucho café, no consumir bebidas alcohólicas.

**INFORMANTE CLAVE 6/CÓDIGO EP-IC-6**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 16 de Mayo de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 6:** 62 años

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso? conocimiento

**Informante 6:** Tengo más de 15 años.

**Investigador:** ¿Tiene antecedentes familiares con hipertensión arterial?

**Informante 6:** 2 hermanos.

**Investigador:** ¿Qué piensa usted de la hipertensión arterial como enfermedad?

**Informante 6:** Es una enfermedad asintomática que fácilmente podemos detectar y controlar, porque si no, podemos tener complicaciones graves, tenemos que tener un patrón de referencia cuando se sube 100/140 y que esta cifra sea sostenida, sí se mantiene en ella la persona sufre de hipertensión arterial.

**Investigador:** ¿Qué medicamento toma?

**Informante 6:** Norva

**Investigador:** ¿Qué significado tiene para usted vivir con la Hipertensión arterial en su vida diaria?

**Informante 6:** He sentido mucha preocupación cuando tengo la tensión alta 140/90, porque pienso en las complicaciones por tener esos valores elevados. Generalmente yo la tengo controlada, cuando se me sube vienen otros síntomas que son los que me preocupan.

**Investigador:** ¿Cuáles son estos síntomas?

**Informante 6:** Los riesgos, pueden ser aterosclerosis, cardiopatía, problemas renales, problemas visuales.

**Investigador:** ¿Qué siente cuando se le sube la tensión 140/90?

**Informante 6:** Cefalea, mareos.

**Investigador:** ¿Conoce usted las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 6:** Sí, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal, ACV, aterosclerosis.

**Investigador:** ¿Conoce usted los órganos que afecta la hipertensión arterial?

**Informante 6:** Sí, el corazón, riñones, ojos, cerebro.

**Investigador:** ¿Qué hábitos negativos tiene a pesar de que es hipertensión?

**Informante 6:** Sedentarismo, y como mucha carne roja

**Investigador:** ¿Qué hace usted diariamente para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 6:** Tomar el antihipertensivo, la dieta.

**Investigador:** ¿Tiene sobre peso?

**Informante 6:** 20 Kilos

**Investigador:** ¿Siente algún temor por tener hipertensión arterial?

**Informante 6:** Sí, a un infarto o a un AVC, me genera temor y angustia.

**Investigador:** ¿Ha cambiado su vida luego de conocer que es hipertensa?

**Informante 6:** Se que tengo que hacer dieta, vivir tranquilo y tomar el hipertensivo.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su grupo familiar?

**Informante 6:** No los involucro.

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su vida social?

**Informante 6:** No me afecta en ningún aspecto.

**Investigador:** ¿Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica?

**Informante 6:** Bastante porque los medicamentos son muy costosos, para las consultas, los exámenes, influye económicamente en los gastos.

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 6:** No los involucro.

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones?

**Informante 6:** Que no se limiten sólo a tomarse el medicamento, eviten el sedentarismo, dieta, poca sal, caminar 45 minutos. (EPIC-6)

**Investigador:** ¿Quiere aportar algo más a esta entrevista?

**Informante 6:** Bueno, deberían dar charlas en las escuelas, dar charlas a los estudiantes que no coman tanta comida chatarra ya que tiene mucho sodio y químico, que aprendan a comer sano, con poca sal desde preescolar.

**INFORMANTE CLAVE 7/CÓDIGO EP-IC-7**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 16 de Mayo de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 7:** 60 años.

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso?

Desde Febrero del 2000

**Investigador:** ¿Tiene antecedentes familiares con hipertensión arterial?

**Informante 7:** Madre, fallecida de un paro cardíaco.

**Investigador:** ¿Qué piensa usted de la hipertensión arterial como enfermedad?

**Informante 7:** Es una enfermedad controlable, pero si hay algún descuido puede traer complicaciones graves, ya que puede afectar el corazón, los riñones.

**Investigador:** ¿Qué medicamento toma?

**Informante 7:** Captopril y Atenolol.

**Investigador:** ¿Qué significado tiene para usted vivir con la Hipertensión arterial en su vida diaria?

**Informante 7:** Vivo una vida normal, pero siempre cumpliendo con el tratamiento.

**Investigador:** ¿A que le llama normal?

**Informante 7:** que puedo ejercer actividades, hacer las funciones a las que estaba acostumbrado., consciente que el cambio es cumplir el tratamiento.

**Investigador:** ¿Qué tipo de actividades?

**Informante 7:** Trabajar, salir, caminar .... vivir con las restricciones necesarias.

**Investigador:** ¿Conoce usted las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 7:** Produce ACV, el corazón lo afecta, los riñones, la vista.

**Investigador:** ¿Qué hábitos negativos tiene a pesar de que es hipertenso?

**Informante 7:** Ninguno, no tengo hábito negativo, camino 1 hora diaria, no consumo bebidas alcohólicas, desde que me empezó la enfermedad dejé todo los vicios como el cigarrillo, el alcohol, la sal.

**Investigador:** ¿Cómo es su alimentación?

**Informante 7:** Es bastante sana, el sentido de que como poca sal o cero sal, cero grasas y como vegetales.

**Investigador:** ¿Qué hace usted diariamente para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 7:** Cumplir con el tratamiento. Hacer ejercicios, camino una 1 hora diaria.

**Investigador:** ¿Con qué regularidad asiste a la consulta del cardiólogo o internista?

**Informante 7:** Cada 2 meses (voy al cardiólogo)

**Investigador:** ¿Siente algún temor por tener hipertensión arterial?

**Informante 7:** Sí, a veces, cuando empecé a sufrir de hipertensión, sentía temor porque sabía las complicaciones que podía traer esta enfermedad

**Investigador:** ¿Qué temor tenía?

**Informante 7:** Tenía temor a sentir infarto.

**Investigador:** ¿Llegó a sentir mucho miedo?

**Informante 7:** No mucho, miedo por ratos.

**Investigador:** Actualmente, ¿Siente temor?

**Informante 7:** No, porque ya estoy consciente que al tomar mi tratamiento estoy mas seguro.

**Investigador:** ¿Ha cambiado su vida luego de conocer que es hipertenso?

**Informante 7:** Sí, cambió.

**Investigador:** ¿En qué sentido cambió?

**Informante 7:** Cambio en la alimentación, en los vicios ya que fueron apartados, me siento más sano ya que tengo una buena alimentación.

**Investigador:** Cuando le diagnosticaron la Hipertensión Arterial ¿hizo un cambio radical o fue progresivo?

**Informante:** Al principio fue difícil, por el desconocimiento, pero en la medida que fui informándome se fueron haciendo los cambios

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su grupo familiar?

**Informante 7:** No ha cambio nada, bueno al principio sentía temor y un poco de presión pues todos recordábamos el fallecimiento de mamá y estaban al pendiente de las cosas que hacía, de lo que comía y cuidando que no fuera a agarrar molestias..

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su vida social?

**Informante 7:** Ha cambiado porque cuando uno va a las reuniones se encuentran los vicios, pero yo paso un buen rato, tomando agua y si hay comida sana como.

**Investigador:** ¿Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica?

**Informante 7:** No me ha afectado, porque todas las medicinas me la da la institución donde yo trabajo.

**Investigador:** ¿En la parte de las consultas?

**Informante 7:** Tampoco me ha afectado.

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 7:** Si me han dado mucho apoyo moral, sus cuidados en la alimentación, solidaridad cuando compartimos.... Tratan de no hacer comidas prohibidas para que no me provoque.

**Investigador:** ¿Le enfermedad le ha afectado en el trabajo?

**Informante 7:** No porque actualmente estoy jubilado.

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones?

**Informante 7:** Acudir al médico, a las citas; que cumplan con su tratamiento, no dejarlo de tomar; Alimentación sana, hacer ejercicios.

**INFORMANTE CLAVE 8/CÓDIGO: EP-IC-8**  
**Entrevista a Profundidad realizada el día 2 de Junio de 2009**

**Investigador:** ¿Qué edad tiene?

**Informante 8:** 42 años

**Investigador:** ¿Desde cuándo es hipertenso?

**Informante 8:** Desde que tenía 28 años, se me subió la tensión y el médico me dijo que era emocional, después me dijo que era por herencia, porque la familia mía es hipertensa, mi abuela murió de un infarto, mi papá de un ACV, mis tíos sufren de tensión alta, tengo primos de 15,17 y 21 años que han sufrido de paro respiratorio, del corazón de tensión alta, por eso decimos que es familiar pero no hay que echarle mucha cabeza porque eso está en uno también.

**Investigador:** ¿Qué piensa usted de la hipertensión arterial como enfermedad?

**Informante 8:** De verdad es una enfermedad muy peligrosa, por lo menos yo la tengo controlada, la gente joven que no se cuida y llega a los 40 y 50 que no se la controlan, les da dolores de cabeza, dolores de pecho, les impide hacer algo deportivo daño en el riñón, (EPIC-8) hay un niño de 7 años que le estaban haciendo diálisis. ¿Un sobrino? Sí.

**Investigador:** ¿Qué significado tiene para usted vivir con la Hipertensión arterial en su vida diaria?

**Informante 8:** Cuando me la detectaron si fue fuerte y estaba nervioso porque tenía familiares que habían muerto de esto, pero al principio si fue fuerte y más que mi tensión me da un dolor de cabeza fuerte, se me ponen los ojos colorados y una presión atrás; me explicaron que eso se llama la tensión silenciosa y es peligrosa, como trabajo de noche el nutricionista me dijo que tenía que tomar cosas naturales para el cansancio, la fatiga y trabaja de noches y eres hipertenso tienes que tener mucho cuidado con eso, ha sido fuerte pero hay que saberla llevar.

**Investigador:** ¿Conoce usted las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 8:** Trombosis, ACV, daño en el riñón, paro respiratorio que produce un infarto.

**Investigador:** ¿Qué hábitos negativos tiene a pesar de que es hipertenso?

**Informante 8:** Debe ser por los nervios, pero yo fumo. He tratado de dejarlo un poco tenía como 10 o 12 años sin hacerlo, pero de unos meses para acá lo estoy haciendo.

**Investigador:** ¿Cuántos cigarrillos?

**Informante 8:** Hasta una caja

**Investigador:** ¿Cómo es su alimentación?

**Informante 8:** Es bastante buena, antes si comía demasiado.

**Investigador:** ¿Come sin sal?

**Informante 8:** No, algunas veces le quito la sal a la comida pero generalmente como sal

**Investigador:** ¿Practica algún ejercicio?

**Informante 8:** Troto 3 domingos al mes juego y troto 2 veces a la semana

**Investigador:** ¿Consume bebidas alcohólicas?

**Informante 8:** 1 o 2 veces a la semana, pero no exagerada 1 caja de cerveza los sábados o una o dos botellas de whisky.

**Investigador:** ¿Qué hace usted diariamente para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial?

**Informante 8:** Cumplir con el tratamiento. Hacer ejercicios, camino una 1 hora diaria

**Investigador:** ¿Con qué regularidad asiste a la consulta del cardiólogo o internista?

**Informante 8:** Cada 2 Meses

**Investigador:** ¿Siente algún temor por tener hipertensión arterial?

**Informante 8:** Si , cuando se me sube la tensión siento temor de que me puede dar un ACV, de que quede parálítico y uno tiene una hija y esposa y es por eso que siento bastante temor a veces, cuando empecé a sufrir de hipertensión, sentía temor porque sabía las complicaciones que podía traer esta enfermedad

**Investigador:** ¿Ha cambiado su vida luego de conocer que es hipertenso?

**Informante 8:** No, lo que ha cambiado es en los movimientos, cuando estoy muy gordo siento una fatiga un cansancio, una presión; entonces voy para el nutricionista

**Investigador:** ¿Le afectado en la enfermedad en el trabajo?

**Informante 8:** Sí me ha afectado ya que cuando se me sube la tensión, empiezo a sudar, y me agoto demasiado rápido, me da por comer bastante y falta de respiración

**Investigador:** ¿Ha tenido reposo en su trabajo por la enfermedad?

**Informante 8:** No porque se me ha subido poca veces en el trabajo

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su grupo familiar?

**Informante 8:** Bueno, hace poco se nos murió una tía estaba trotando y sintió una fatiga y le dio un infarto.

**Investigador:** ¿Cómo influye esta enfermedad con sus actividades en la vida familiar?

**Informante 8:** Bueno a nivel psicológico si no emocional, porque mi esposa me dice no bebas mucho, come la comida de la casa que no tiene mucha sal, que tenga cuidado con esto con aquello, algo como nerviosa

**Investigador:** ¿Cómo influye la hipertensión arterial en su vida social?

Es impresionante, pero cuando voy a reuniones me hace más daño la comida que la bebida, cuando como cochino frito siento una presión en la cabeza, la carne frita, la mayonesa, la salsa me hace mucho daño, pero he dejado de comerlo

**Investigador:** ¿Cómo afecta la enfermedad de hipertensión arterial en la parte económica?

**Informante 8:** No mucho, porque la pastilla de la tensión es bastante económica, lo único es la consulta y eso es cada 6 meses, realmente no ha influido mucho en la parte económica, cuando ocurre alguna consecuencia por la enfermedad como un infarto ahí si se gasta apero con la hipertensión no

**Investigador:** ¿Cómo ha sido el apoyo de su familia?

**Informante 8:** Muy buena, mi mamá me ha apoyado y me aconsejan bastante, hay mucho apoyo.

**Investigador:** ¿Qué le recomendaría usted a las personas con hipertensión arterial para prevenir las complicaciones?

**Informante 8:** Dejen de fumar, dejen de consumir bebidas alcohólicas, el mejor remedio para esta enfermedad es una comida balanceada. Las drogas, ya que éstas suben muy rápido la tensión.

**ANEXO B**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERIA  
AREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**

**PARTE I CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En la Facultad de Ciencias de la Salud, doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo se está realizando una investigación titulada “*Significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial*” Yo, \_\_\_\_\_ Cedula de

identidad. \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Domiciliado(a) en \_\_\_\_\_ Siendo mayor de edad, en pleno uso de mis

facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más adelante indico, declaro mediante la presente -Haber sido informado(a) de manera objetiva, clara y sencilla por parte de la autora de la investigación.

- Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado, ““*Significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial*”.
- Haber sido informado(a) de que mi participación en la investigación consiste en responder a una entrevista relacionada con la Prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial.
- Que la información que suministre al investigador será utilizada única y exclusivamente para describir el “*Significado de la prevención de las complicaciones de salud desde las vivencias de las personas con Hipertensión Arterial*” -Que la investigadora me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto

a mi identidad como de cualquier información relacionada con mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el estudio mencionado.

- Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.
- Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo, ni inconveniente alguno para mi salud.
- Que cualquier pregunta que tenga relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte de la autora, con quienes me puedo comunicar por los teléfonos: 0426-5518012 Sebastián Suárez
- Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de la referida investigación.
- Que los resultados del estudio me serán mostrados oportunamente si así lo solicito

## **II PARTE. DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIADO**

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento, y por cuanto mi participación en este estudio es completamente voluntario, acuerdo:

- Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizo al Lic. Sebastián Suárez, a realizar la referida entrevista.
- Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en la investigación, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencias negativas a mi persona

Investigador:

Nombres Apellidos: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Participante:

Nombres Apellidos: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Testigo:

Nombres Apellidos: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**III PARTE. DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR**

Luego de haber explicado detalladamente al voluntariado la naturaleza del Protocolo mencionado. Certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento, comprende la naturaleza, requerimiento, riesgos y beneficios de la participación en este estudio. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

En Barquisimeto \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.