

Universidad de Alcalá

Departamento de Medicina

**EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE
LA SALUD DE LA PERSONA HIPERTENSA**

M^a Ángeles Prieto Rodríguez



Director de la Tesis

Profesor. Dr. Jose Luis Teruel Briones

Codirector de la Tesis

Dra. Dra. Milagros Fernández Lucas

Tesis doctoral

Alcalá de Henares, 2010

AGRADECIMIENTOS

Al dar por finalizada esta tesis, dedicada a la vida de la enfermera y su vinculación a la salud de la persona, quiero manifestar mi gratitud a todos aquellos que a lo largo de su elaboración de manera concreta con diferentes aportaciones me han mostrado su interés y apoyo moral.

En primer lugar al Dr. Jose Luis Teruel y a la Dra. Milagros Fernández Lucas, mi director y codirectora.

Al Dr. Julio Pascual que representa el inicio de la Consulta de Enfermería y que fue el que de alguna manera vió ya entonces al paciente como protagonista de su enfermedad.

A los Drs. Maite Elizabet Rivera, Dra. Ana Fernández y Dr. Jose Ramón Rodríguez que han seguido paso a paso el estudio.

A Miguel Angel Salinero que me ayudó a poner en marcha el proyecto de investigación y protocolo del trabajo.

A mis pacientes de los que he aprendido cada día y a los que debo el avance en mi vida profesional. Ellos han sido la fuente de inspiración y satisfacción en los logros que se han alcanzado. Aunque viviera mil años, no olvidaría sus sonrisas y agradecimiento reflejados en sus cara. .A las familias de los pacientes que colaboraron en este proceso de salud y bienestar.

A Teresa Miralles y a Conchita González que no han dudado en entregarme su tiempo y me han proporcionado su reflexión Finalmente a todas mis compañeras y compañeros de los que recibo cariño cada día.

**A mi madre que era capaz de
transformar una ortiga en tulipán.
A mis hijos que los quiero con todo
mi alma.**

| ÍNDICE | Página |
|---|---------------|
| PRESENTACIÓN Y ESQUEMA EXPOSITIVO..... | 2 |
| PRIMERA PARTE, INTRODUCCIÓN | 7 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| 1.1. La hipertensión como problema de salud | 10 |
| 1.2. El rol enfermero en la Educación Sanitaria en la hipertensión | 13 |
| 1.3. Aportaciones de nuestro estudio..... | 16 |
| 1.4. Situación geográfica de la consulta | 17 |
| 1.5. Inicio de la consulta médica y de la consulta de enfermería..... | 17 |
| SEGUNDA PARTE, CONCEPTOS DE TRABAJO | 19 |
| 2.1. La Salud, entorno y enfermedad..... | 20 |
| 2.2. La promoción de la Salud..... | 22 |
| 2.3. El papel del profesional sanitario como cuidador y educador en la salud..... | 25 |
| 2.4. Modelo conceptual de la Enfermería..... | 26 |
| 2.5. El proceso de la enfermería como sistema de trabajo..... | 28 |
| TERCERA PARTE, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS | 30 |
| 3.1. HIPÓTESIS | 31 |
| 3.2. OBJETIVOS | 46 |

| | |
|--|-----------|
| CUARTA PARTE, MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA | 47 |
| 4.1. MARCO TEÓRICO | 48 |
| 4.2. METODOLOGÍA | 50 |
| 4.2.1. Diseño | 50 |
| 4.2.2. Ámbito | 51 |
| 4.2.3. Método de asignación | 51 |
| 4.2.4. Población | 52 |
| 4.2.5. Protocolo de actuación y visitas programadas | 53 |
| 4.2.6. Población muestral | 53 |
| 4.2.7. Método de selección de la muestra | 53 |
| 4.2.8. Método de recogida de datos | 54 |
| 4.2.9. Inicio y desarrollo del estudio | 54 |
| 4.2.10. Modo como se registra la T.A. tomada en la consulta | 54 |
| 4.2.11. Registro de los que se determina el control de la HTA | 56 |
| 4.2.12. Número de pacientes incluidos | 57 |
| 4.3. VARIABLES | 58 |
| 4.3.1. Variable de eficacia | 59 |
| 4.3.2. Variables relacionadas con factores de riesgo tradicionales | 59 |
| 4.3.3. Variables relacionadas con el estilo de vida | 60 |
| 4.3.4. Variables relacionadas con los factores de riesgo psicosociales | 60 |
| 4.3.5. Covariables | 63 |
| 4.3.6. Variables perturbadoras | 63 |
| 4.4. ANALISIS ESTADISTICO | 65 |

| | |
|---|------------|
| 4.5. PROCEDIMIENTO DEL RESULTADO..... | 68 |
| 4.6. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO..... | 68 |
| 4.7. COMO SE LLEVÓ A CABO..... | 69 |
| 4.8. LIMITACIONES..... | 70 |
| 4.9. GUIA DE RESULTADOS..... | 70 |
| | |
| QUINTA PARTE, ESTUDIOS REALIZADOS..... | 71 |
| | |
| SEXTA PARTE, RESULTADOS..... | 74 |
| | |
| 6.1. Datos Sociodemográficos..... | 75 |
| 6.2. Resultados 1º Objetivo..... | 79 |
| 6.3. Resultados 2º Objetivo..... | 98 |
| 6.4. Resultados 3º Objetivo..... | 108 |
| 6.5. Evaluación a los 6 meses..... | 114 |
| 6.6. Explicación de los resultados..... | 118 |
| 6.7. Variable eficacia..... | 125 |
| | |
| SÉPTIMA PARTE, DISCUSIÓN..... | 126 |
| | |
| 7.1 Parte de discusión..... | 127 |
| 7.2. Parte de discusión..... | 134 |
| 7.3. Parte de discusión..... | 141 |
| | |
| 8.CONCLUSIONES..... | 147 |
| | |
| 9 RESUMEN EN INGLES..... | 148 |
| | |
| 9 RESUMEN EN IESPAÑOL..... | 150 |
| | |
| 10 ANEXOS | 154 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| Anexo1 | Calendario de actuación del grupo A..... | 155 |
| Anexo2 | Calendario de actuación del grupo B..... | 157 |
| Anexo3 | Calendario de actuación del grupo C..... | 158 |
| Anexo 4. | Contenidos de educación..... | 159 |
| Anexo 5. | Evaluación de aprendizaje..... | 160 |
| Anexo 6 | Dash diet..... | 161 |
| Anexo 7. | Modelo de consentimiento información..... | 162 |
| Anexo 8. | Información del estudio al paciente..... | 163 |
| Anexo 9. | Cuaderno recogida de datos A..... | 164 |
| Anexo 10. | Cuaderno recogida de datos B..... | 184 |
| Anexo 11. | Cuaderno recogida de datos C..... | 201 |
| 11 | HISTORIA DE UN PACIENTE..... | 217 |
| 12 | IMÁGENES REPRESENTATIVAS..... | 218 |
| 13 | BIBLIOGRAFÍA..... | 219 |

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA PERSONA HIPERTENSA

Juntos avanzaremos



Autora: M^a Ángeles Prieto

Consulta de Enfermería en Hipertensión

Centro de trabajo:

Ambulatorio Pedro González Bueno, Hospital Ramón y Cajal

PRESENTACIÓN Y ESQUEMA EXPOSITIVO:

Este estudio ha sido producto de la trayectoria de mi vida profesional en la consulta de hipertensión. La experiencia de estos años han suscitado una serie de variables a las que intento buscar una explicación más profunda.

Fue en el año 1993 cuando la consulta de enfermería abrió sus puertas a la persona hipertensa. Desde entonces, la enfermera da educación para la salud (EpS) a los pacientes hipertensos, no solo cuida del control de la hipertensión sino de la alimentación y del ejercicio, además le enseña a tomarse la tensión arterial siempre que el paciente adquiera un aparato de tensión.

Desde un principio, se ha intentado conseguir que el paciente fuera su propio protagonista y esto ha sido el motivo central de nuestro trabajo que muy brevemente presentamos en este apartado.

El propósito de nuestra investigación es cuádruple:

- Conocer el impacto de la educación para la salud (EpS) sobre el control de la hipertensión.
- Conocer la influencia de la (EpS) sobre la vida saludable.
- Observar la influencia del entorno en la hipertensión.
- Profundizar en los motivos por los que la persona logra o no logra una vida saludable.

Para ello, hemos dividido la investigación en ocho partes:

La 1ª parte está dedicada a la introducción propiamente dicha, en ella se expresan los motivos que nos han llevado a realizar esta investigación y el intento de avanzar en la solución de problemas particulares como es la hipertensión y en general el logro de una vida saludable.

La 2ª parte está dedicada a la definición de los conceptos que intervienen en el estudio, como son:

- a. La salud desde distintos aspectos, tanto desde la Sociología como desde la Medicina o de la Enfermería.
- b. Posteriormente definiremos la promoción de la salud.
- c. El trabajo enfermero como educador y cuidador.
- d. Finalmente observaremos el modelo de enfermería.
- e. En definitiva, serán la salud, la promoción de la salud, la enfermera educadora y cuidadora para llegar al modelo enfermero que se utilizará para llevar a cabo nuestro propósito y que constituye el lecho donde plantamos nuestro estudio.

La 3ª parte se ha dedicado a las hipótesis y a los objetivos.

considerándose las hipótesis más importantes:

- La educación para la salud influye positivamente en el control de la hipertensión
- El uso del aparato de tensión por el paciente influye en el control de la hipertensión
- La educación para la salud influye positivamente en la vida saludable.
- El entorno influye en el control de la hipertensión
- La fidelidad al tratamiento influye positivamente en el control de la hipertensión

Los objetivos son aquellos que pertenecen a cada hipótesis.

La 4ª parte se ha dedicado al marco teórico y a la metodología:

Se trata de un diseño experimental, longitudinal, comparativo y unicéntrico en la ciudad de Madrid, en la consulta de enfermería en el Centro de Especialidades “Pedro González Bueno” perteneciente al Área 4 de Salud de la Comunidad de Madrid y dependiente del Hospital Ramón y Cajal. donde se remiten pacientes hipertensos no controlados desde Atención Primaria para estudio y tratamiento.

El universo está formado por las 72.000 personas diagnosticadas de hipertensión en el año 2006 en el Área 4.

La muestra estuvo formada con pacientes hipertensos que acuden por primera vez por mal control de su presión arterial (P.A.), todos mayores de 18 años y que cumplen los criterios de inclusión.

La duración de la intervención de la enfermera con cada paciente es de seis meses desde que le realiza la primera valoración hasta que le evalúa a los seis meses. El estudio se inició en Septiembre del 2007 y ha finalizado en diciembre del 2009. Se recogieron 186 pacientes que cumplieron todos los criterios de estudio y finalizaron el seguimiento, para ello se necesitaron reclutar a 200 pacientes .

Se utilizó el protocolo propuesto por el modelo de enfermería de C. Roy y se trabajó dentro del programa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Los pacientes se recogieron en tres grupos, dos constituirían el grupo experimental. Al primero se le dio educación para la salud con seis visitas a la enfermera en las que se incluyeron enseñanzas de técnicas de relajación.

Al segundo grupo experimental se le daría información realizando tres visitas a la enfermera.

Al tercero, (grupo control) no se le dio ni educación ni información. Solamente se hizo una visita para registro de datos y la valoración de su salud y a los seis meses una visita de evaluación con una nueva valoración. El inicio y el final de cada paciente son similares en actuación enfermera.

Todos los pacientes tuvieron el mismo protocolo de recogida de datos que se centra en tres aspectos:.

- Educación y motivación para el control de la hipertensión.
- Educación y motivación para la vida saludable.
- El logro de las modificaciones de los malos hábitos de salud.

La 5ª parte se ha dedicado a los estudios que avalan la investigación realizada por el investigador

La 6ª parte se ha dedicado a la exposición de los resultados en cada uno de los grupos.

- Control de la hipertensión.
- Control de la obesidad.
- Control de la práctica de ejercicio físico.

Resultados:

1. La influencia de la (EpS) en el buen control de la HTA fue significativa, lograron controlarla un 88,5% frente a un 11,5% que no lo logró.

La influencia de la información de la enfermera logró un control del 80,3%, y el grupo de control logró un 58,5%. Es distinto recibir educación que recibir información, sin embargo los resultados de los dos grupos experimentales fueron muy buenos.

2. Obesidad.-La influencia de la (EpS) no influyó en el descenso del índice de masa corporal (IMC) de manera significativa, sin embargo, se observó que el grupo de educación (A) fue el que consiguió mayor número de personas que perdieron peso. Los pacientes que aumentaron su contorno de cadera no controlaron la H.T.A.

3. Ejercicio. La influencia de la EpS fue significativa sobre la práctica de ejercicio físico. El grupo A que inicialmente caminaban entre 30 y 60 minutos un 45,1% pasaron a caminar este tiempo un 62,7%. El grupo B que inicialmente caminaba entre 30 y 60 minutos un 46,1% pasaría a 61,6% y el grupo C que inicialmente caminaba entre 30 y 60 minutos un 43,8% pasó a ser un 57,8%.

4 .Relajación. La influencia de la relajación resultó significativa sobre el control de la HTA, por otra parte, disfrutar de un tiempo del día para realizar actividades que le relajan influye favorablemente en la HTA. El grupo A que inicialmente practicaba una relajación no reglada del 23,5% se convirtió en un 58,8%. El grupo B que inicialmente de un 43,0% se convirtió en un 52,3% y el grupo C pasó de un 49,1% a un 56,3%.

La influencia de la educación (EpS) en la práctica de relajación también resultó significativa.

La 7ª parte se ha dedicado a la discusión del estudio.

La 8ª parte se ha dedicado a las conclusiones de la investigación.

Una dedicación intensiva de la enfermería sirve para beneficiar al paciente por las siguientes razones.

- Se le ha ayudado clínicamente.
- Se le ha proporcionado autonomía en el control de su HTA.
- El paciente ha comprendido cual es la vida saludable.
- Finalmente, ha aprendido a controlar no solo su HTA, sino además Factores de Riesgo Cardiovasculares y esto ha sido posible gracias a los dos motores en los que nos hemos apoyado desde el principio.

“La educación y la motivación”

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La pérdida de la salud en la persona y en concreto la hipertensión, hace que la enfermera vea indispensable la necesidad de intentar apoyar al enfermo en la resolución de su enfermedad. La enfermera conseguirá este cometido proporcionándole:

- Educación sobre todos los parámetros relacionados con la salud.
- Educación sobre todos los parámetros relacionados con la hipertensión
- Educación sobre todos los parámetros relacionados con los hábitos de vida saludables.
- Conseguirá establecer una conexión entre el médico, la enfermera y el paciente de tal manera que este perciba que los tres están involucrados en su enfermedad.
- Hará que la persona sea el protagonista de su enfermedad. Y en consecuencia gane autonomía.

Por lo tanto, la enfermera se responsabiliza de dar al paciente educación sobre la salud, sobre la vida saludable y en particular sobre la T.A. No olvidemos que el trabajo de la enfermera es el de motivar y ayudar. Será la suma de estas tres acciones: la del médico en su dictamen, la de la enfermera en su cuidado y la del paciente en su responsabilidad, las que consigan mejorar la salud y a su vez, controlar las cifras de hipertensión, de forma que consiga de él, su autocuidado y en general que aprenda a :

“Vivir en la salud”

Partiendo de este planteamiento general, pretendo aportar mi vocación profesional y mi experiencia, para asumir y a la vez mejorar el papel de la enfermera en la salud de la persona hipertensa. Nuestro propósito es conocer el papel que desempeña el personal sanitario en el logro de una vida saludable, con el fin de normalizar la hipertensión y todos los factores de riesgo.

Diferenciaremos a la población según sus diferentes criterios: nivel de estudios, genero, estado civil, actividad laboral y por ultimo diferenciando; al que vive protegido por su familia del que vive solo.

La buena comunicación terapéutica que se establece entre el paciente y la enfermera, puede influir positivamente en su vida en general y en su salud en particular.

Intentaremos comprender las razones por las que unas personas logran modificar sus hábitos de vida y otras no, llegando a unas conclusiones veraces y contrastadas que avalen o refuten nuestras hipótesis.

1.1. LA HIPERTENSIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Hipertensión Arterial (HTA), como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la HTA es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos orgánicos.

El sexto informe del Comité Americano para la Prevención, Evaluación y Tratamiento, (1997) recomienda una presión arterial inferior a 140/90 mmHg para pacientes con hipertensión e inferior a 135/85 mmHg. para pacientes con hipertensión asociada a diabetes o enfermedades renales.

A pesar de que en los últimos años se ha producido una mejoría del control de la presión arterial en nuestro país, tal como demuestra el último estudio Controlpres, todavía más del 70% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo no controlan adecuadamente los niveles de la presión arterial (PA)¹.

Otros factores de riesgo cardiovascular: La hipertensión es por si misma, un factor de riesgo cardiovascular, pero existen otros factores de riesgo que con frecuencia tienden a asociarse, de forma que cuando consiguen controlar estos factores obtienen un mejor control de la tensión.

Estos factores son: obesidad, sedentarismo, tabaco, estrés, alcoholismo, hipercolesterolemia e hiperglucemia.

Según la O.M.S. el límite superior del Índice de Masa Corporal (IMC) en el adulto es de 25 kg/m². Para determinar la obesidad basta conocer el IMC que resulta de dividir el peso en Kg por el cuadrado de la altura en metros. Si esta cifra está entre 25 y 29.9 el paciente sufre sobrepeso; si está entre 30-34.9 es obeso tipo I. y si está entre 35- 40 es obeso tipo II.

La reducción de peso debe tender a alcanzar un índice de masa corporal de 25 Kg/m^2 ó menos y debe conseguirse asociando una dieta hipocalórica con ejercicio físico.

El índice contorno cintura/ cadera y perímetro abdominal se ha asociado a la obesidad androide , a la Diabetes Mellitas, a la dislipemia y a la hipertensión. El perímetro abdominal en la mujer se consideran valores normales cuando es $< 88 \text{ cm.}$ y en el hombre de $< 94 \text{cm.}$

1. Se considera que una persona es sedentaria cuando camina menos de 30 minutos diarios.(la vida sedentaria será tratada extensamente en otro apartado del proyecto)
2. En cuanto al alcohol, la organización Mundial de la Salud, recomienda como beneficioso un vaso de vino tinto en la comida; todo cuanto pase de esta cantidad será un exceso sobre el consumo recomendado.
3. El estrés es definido por la Real Academia de la Lengua como el conjunto de alteraciones que aparecen en el organismo al hallarse frente a una situación agresiva compleja, sea de índole puramente física o síquica ² .
4. El tabaco, es un factor de riesgo cardiovascular extensamente estudiado que se analizará también en este proyecto.
5. La hipercolesterolemia. Según la Organización Mundial de la Salud, se considera que una persona debe tener una cifra de colesterol no superior a 245 mgr/dl aunque estas cifras están en continua revisión y suelen ser inferiores en grupos de riesgo cardiovascular. Se considera que una persona está dentro de la normalidad cuando sus cifras de LDL colesterol en sangre tomadas en ayunas son $< 160 \text{ mg/dL.}$

6. La hiperglucemia, según la Organización Mundial de la Salud, es una alteración crónica causada por el órgano del páncreas cuando este pierde o disminuye la capacidad de producir insulina. La insulina es una hormona cuya segregación hace que nuestras cifras de glucemia basal no sean superiores a 110 mg/dl. Se considera que una persona es diabética cuando sus cifras de valores en sangre tomadas en ayunas en dos ocasiones, es superior a 126 mg/dL.

Existen otros factores que influyen en la persona y que llevan a la misma a hacerla hipertensa como son los factores genéticos o hereditarios y los factores orgánicos. La posibilidad de desarrollar hipertensión es el doble si los padres son hipertensos que si los padres son normotensos. La hipertensión es considerada una enfermedad silenciosa que afecta a órganos diana tales como el corazón, los riñones o el cerebro ³.

V. Fuster (2006), en su capítulo. “La hipertensión asesina silenciosa” establece cuatro consejos básicos para cuidar la hipertensión y la salud ⁴.

- *Cuidar de la dieta
- *Tener una actividad física.
- *No fumar
- *Practicar técnicas de relajación.

Estos cuatro consejos de hábitos de vida van a constituir los cimientos en los que nos basaremos. El primer objetivo lo dedicaremos a la influencia de la enfermera y otros aspectos que influyen en el control de la hipertensión. En el segundo objetivo observaremos la influencia de la enfermera en los hábitos saludables. y en el tercero nos centraremos en la valoración del entorno y la persona.

1.2. EL ROL DEL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA HIPERTENSION

La HTA es un problema de salud de primer orden y diversas sociedades científicas y grupos investigadores han establecidos sus pautas de educación

La Sociedad Española de Hipertensión celebró en Madrid durante el mes de Marzo de 2006, la IX Reunión Nacional de la Sech-Lelha. Una de las iniciativas de esta Sociedad se centra en programas de educación entre los que incluye la dieta y el ejercicio. Martell, presidente del comité organizador dice: *“Es necesario establecer mejores pautas de alimentación desde las primeras etapas de la vida”*. Puntualizó además que en España un 30 % de la población adulta padece hipertensión, porcentaje que se duplica en sujetos mayores de 60 años y que llega hasta el 80% en la población mayor de 80 años. Considera importante la necesidad de un abordaje integral, siendo la educación, clave para el control de la hipertensión ⁵.

El enfoque que esta Sociedad aplica al control de la Hipertensión basado en la Educación Sanitaria se recoge en los siguientes puntos:

- Proporcionar información sobre la hipertensión (HTA)
- Conseguir la participación directa del paciente.
- Destacar la variabilidad interindividual e intraindividual.
- Observar los hábitos relacionados con la HTA
- Efectos secundarios de la hipertensión

Incluye normas como:

- Lenguaje sencillo.
- Mensaje de refuerzo
- Habilidad de comunicación

Las técnicas de Educación serán:

- a) Entrevista personalizada.
- b) Implicación de algún miembro de la familia.

En la 5ª Reunión de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular celebrada en España, establece que uno de los objetivos fundamentales de la educación sanitaria, es la educación en la HTA siendo ésta uno de los elementos básicos para el proceso asistencial . Es importante proporcionar al paciente una información básica sobre este factor de riesgo⁶ .

Rocío Tique (2006), enfermera clínica de hipertensión y diabetes, desde la Fundación Santa Fe de Bogotá, en su investigación titulada “*Intervención de la Enfermería en el manejo preventivo de la diabetes e hipertensión*”. trata de evaluar el impacto del curso anual de educación a pacientes diabéticos y a la familia. La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados (obesidad, dislipemia, hipertensión y tabaquismo), enfocado no solo a informar al paciente, sino a convencerlo de mantener cambios conductuales en la mejora de la hipertensión y en la adhesión al tratamiento.

Sus objetivos fueron:

- Un buen control de la hipertensión y la glucemia
- Seguir el proceso educativo.
- Cambiar la actitud del paciente.
- Mejorar la calidad de vida.
- Asegurar el tratamiento.

El programa se debe evaluar al menos tres veces al año. Las sesiones de educación fueron de tipo individual y grupal.

Las conclusiones fueron que la enfermera al discutir y valorar conjuntamente los problemas detectados y la resolución de los mismos, consiguió un clima de confianza , respeto y comprensión mutua”⁷ .

Del Río Moro (2005) enfermero de Cardiovascular, realizó un estudio cuyo título fue: *Influencia de la educación sanitaria en la hipertensión*, con una muestra de 200 pacientes. Su conclusión fue que los pacientes que reciben educación a través de charlas impartidas por enfermeras, mantienen y adquieren hábitos cardiovasculares saludables. Estos mismos pacientes fueron comparados con los que no recibieron educación ⁸.

González López y Capotete Toledo (2005) enfermeros del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, realizaron la investigación titulada "*Educación continuada en consulta de Enfermería especializada: La herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario*". Con el objetivo de confirmar la eficacia de la educación continuada en la modificación de hábitos de vida en los pacientes coronarios y a largo plazo sobre los factores de riesgo cardiovasculares. Se trataba de un estudio de intervención en cohortes, prospectivo sobre pacientes incluidos que recibieron educación. Se realizó entre agosto de 1996 y diciembre de 2001. La muestra fue de 120 pacientes con una edad media de 58.9 ± 9.7 en una $p = 0.001$. Su conclusión fue, que la educación realizada en consultas de enfermería cardiológica resulta un recurso idóneo y significativamente eficaz ⁹.

Todos estos estudios nos vienen a mostrar el creciente interés de la comunidad científica en el papel de la Enfermería en la promoción de la salud y de hábitos de vida saludables.

Nuestro estudio se ajusta perfectamente al enfoque comunicativo recomendado por las sociedades científicas y estudios clínicos de enfermería previos que se aplica a los tres grupos estudiados. Añade en los grupos experimentales un tratamiento educativo intensivo que se complementa además con la enseñanza de técnicas de relajación al 1º grupo de intervención.

1.3. APORTACIONES DE NUESTRO ESTUDIO

La enfermera, en el ejercicio diario de su profesión, es una conocedora de la realidad social y puede tener en cuenta un conjunto de variables y circunstancias que influyen en la vida de la persona hipertensa y en su estado de salud, como podremos observar en nuestros pacientes del protocolo. Intentaremos también hacerlo desde una perspectiva psicológica; la enfermera tratará de llevar a cabo un cambio de actitudes del paciente, cuando éste no tenga fuerzas para empezar a realizar ejercicio físico o cuando se le pida que coma menos u otras circunstancias.

Nuestro propósito es conocer:

- A.** La influencia de la educación sanitaria sobre la (HTA) contrastando los que reciben información y educación especial con los que reciben solamente información estándar.

- B.** La influencia de la educación sobre la vida saludable. Se considera que la persona lleva este tipo de vida, cuando camina a diario, su dieta es equilibrada , además no fuma y practica alguna actividad que le conduce a la relajación.

- C.** Observar la influencia de factores sociales tales como la vida de familia y laboral .

- D.** Observar la influencia de factores del entorno y de la persona.

- F.** Finalmente, observar la influencia de los factores sociodemográficos y culturales en la salud de la persona hipertensa.

1.4. SITUACIÓN GEOGRAFICA DE LA CONSULTA

Estamos ubicados en el barrio de San Blás de Madrid. Constituye el área sanitaria 4 y tiene una población aproximada de 536.071 habitantes según datos ofrecidos por la gerencia del Área 4 de Atención Primaria. El Ambulatorio es el Pedro González Bueno, que constituye el Centro de Especialidades del Hospital Ramón y Cajal. Estamos situados en la consulta de Nefrología e Hipertensión. A dicha consulta médica son enviados desde todos los centros de Atención primaria de esta área, todos los pacientes que el médico de cabecera o de familia, considera que tienen una hipertensión de difícil control. Se trata de una población con una edad media aproximada entre 60 y 70 años. Creemos que se aproxima a la media de edad de la población del área, aunque en los dos últimos años han aumentado considerablemente los pacientes entre 30 y 40 años que se establecen en el barrio al casarse o formar pareja.

1.5. INICIO DE LA CONSULTA MEDICA Y DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA

Aunque el Ambulatorio se inauguró hace más de 35 años, la consulta de Nefrología e Hipertensión se abrió en el año 1992. En ella se proporciona diagnóstico y tratamiento al paciente con HTA y otras enfermedades renales.

El paciente es recibido de forma habitual por el médico y la enfermera. En su primer día, la enfermera le toma sus datos personales y el médico le hace la historia tanto actual como de sus antecedentes y le ausculta, se le toma la tensión arterial y se le pesa. A continuación el médico fija el tratamiento y le da los consejos sanitarios oportunos. Una vez terminada la consulta el médico y la enfermera pueden invitar al paciente a tomarse la tensión arterial con la enfermera y a recibir cuidado y educación sobre la misma.

Finalmente, se le cita para la próxima visita médica. Mientras tanto recibirá, si así lo desea, cuidado de la enfermera en interacción con el médico.

La consulta de Enfermería, abrió sus puertas en el mes de Marzo de 1993. Se trataba de educar al paciente en la salud y de esta manera hacer del paciente su propio protagonista de autocuidado. Así fue como se puso en marcha un protocolo de salud para el paciente hipertenso. El paciente es consciente de que entre el médico, la enfermera y él mismo, forman un conjunto interrelacionado. Solamente cuando se sienta responsable de su enfermedad logrará controlarla y de esta forma, vivir en la salud.

La enfermera ve aproximadamente a 1200 pacientes al año. El tiempo que dedica a cada consulta es aproximadamente de 20 minutos. La hipertensión es valorada como factor de riesgo cardiovascular y su protocolo de actuación tiene como fin, controlar todos los factores de riesgo.

Como consecuencia de toda esta experiencia acumulada se ha puesto en marcha un protocolo riguroso de recogida de datos que intenta plasmar de manera objetiva la influencia que los cuidados de enfermería pueden tener en el control de la T.A. y que se recoge en esta memoria de tesis doctoral con el deseo de construir un nuevo modelo de enfermería para el paciente hipertenso.

SEGUNDA PARTE
CONCEPTOS DE TRABAJO

2.1. SALUD, ENTORNO Y ENFERMEDAD

La salud y su definición se han convertido en un problema cada vez más complejo, fruto de la interacción entre sucesos y ciclos biológicos y sucesos y ciclos psico-sociales, que necesita, para ser afrontado, un nuevo tipo de planteamiento de carácter multidimensional. Tres órdenes rigen el estado funcional de un individuo o salud de la persona: los biológicos, los sociales y los psicológicos, Donati (1994) en su libro *Sociología de la Salud*, define la Salud como: “*el equilibrio dinámico de estos tres factores*”. La alteración de cualquiera de ellos supondría la pérdida de este valor¹⁰.

La palabra **Salud** (2001) viene del latín *salus*, que significa, “*estar en condiciones de poder superar un obstáculo*”¹¹.

La palabra **entorno** (2001) viene de *en* y *torno*, que significa “*ambiente o circunstancias que rodean a las personas o cosas*”¹².

Garrido Abejar y Serrano Parra (2003) consideran que el concepto de Salud como el de vida no puede ser definido con precisión; de hecho ambas concepciones van íntimamente vinculadas entre sí. El significado de la Salud depende de la visión personal y de la relación de ésta con su entorno. Como el entorno varía de una civilización a otra y de una época a otra, también cambia el concepto de Salud. Su definición es más global, afirman que la salud es el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, abarcando al ser en su ámbito psicológico, biológico y social¹³.

Sin embargo, Sigerist (1991) la define no solo como la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud gozosa hacia la vida y una aceptación de las responsabilidades que la vida impone al individuo¹⁴.

Siguiendo con las definiciones de salud, encontramos que Terris (1982) dice que la salud tiene dos componentes, subjetivo y objetivo, es decir, el bienestar y la capacidad de funcionar en diferentes grados, pero en una continuidad dimensional, respectivamente. Esta continuidad dimensional va desde la salud a la muerte con los pertinentes grados intermedios de Salud y enfermedad¹⁵.

Fernández Ferrín (2003), escribe sobre la disciplina enfermera y dice que la salud constituye uno de los cuatro fenómenos nucleares de los que se compone el paradigma enfermero junto con la persona, el entorno y el rol profesional. Según la autora, los únicos antídotos que tenemos para defendernos de nosotros mismos, son la educación y la racionalidad¹⁶.

Es por ello que la Salud para la Enfermería es un valor incuestionable a la hora de la investigación. La Salud y la Enfermería están ligadas; podríamos decir que la enfermera busca la salud del paciente y como consecuencia esta búsqueda es uno de los logros de su profesión.

De esta forma llegamos a concebir que la Salud es un continuo de la vida que se cruza con la enfermedad de lo que deducimos que en ella, intervienen **factores propios y escasamente** modificables (sexo, edad y genética entre otros), y factores que tienen un carácter **ambiental** y son potencialmente modificables (conductas, formas, medios de vida, o de carácter socio-económico o cultural).

No podría decir de cual de las definiciones me siento más cercana. Quizá aceptaría todas como buenas, pero también tendría muy en cuenta lo que siente el paciente como Salud y que dicen así:” *la Salud es encontrarse bien*”.

2.2 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la Salud se enmarca dentro de una disciplina amplia: **la Salud Pública**. La Unión Internacional de Promoción y Educación para la salud (UIPES) es una asociación de personas y organizaciones que trabajan en la promoción y educación para la salud. Fue fundada en 1951 y cuenta con miembros de 80 países. En el año 1997 se celebró la IV Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud. Su título fue *Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud*. Se realizó bajo los auspicios de la OMS en la ciudad de Yakarta (Indonesia) y se aprobó lo que se ha llamado *la Declaración de Yakarta sobre la conducción de la Promoción de la Salud para el Siglo XXI*. En ella se recogen las conclusiones fundamentales para la Promoción de la Salud y la define como “*el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla*”. El contenido de esta conferencia está recogido en el libro *Glosario de Promoción de la Salud*. Lo firma el secretario de la conferencia, E. Gil López¹⁷.

J.Watson (1970) publicó su libro *The Philosophy and Science of Caring*, donde considera que la enfermera lleva a cabo la promoción de la salud en la enseñanza de hábitos y habilidades de adaptación frente a la enfermedad para conseguir métodos de adaptación y solución de problemas¹⁸.

En Chile (1998-2006) el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, firmado por su ministro D. Pedro García, promulgó una Guía Educativa para una vida saludable, basada en la promoción de la salud y en conocer y evitar los factores de riesgo¹⁹.

Esta Guía Educativa para una vida saludable constituye una política correcta encuadrada en el Plan Nacional de Promoción de salud y está basada en :

- promoción de la vida sin tabaco.
- promoción de la actividad física.
- promoción de la alimentación saludable
- lugares de trabajo saludables.

- una alimentación equilibrada, baja en calorías.
- caminar o montar en bicicleta.
- dejar de fumar.
- controlar el estrés emocional y físico.

Recientemente en España, la ministra de Sanidad Elena Salgado promulgó una ley sobre la Salud (Enero 2006) en la que se prohíbe fumar en los centros públicos y obliga a los centros hosteleros y de ocio a tener un espacio reservado para personas fumadoras separado del espacio para las no fumadoras. En una entrevista al periódico El País, se expresaba diciendo que: “*Le gustaría ser ministra de Salud y no de Sanidad*”.

Según Kyngäs y Lahdenpera (1999), la intervención de la enfermería resulta de gran importancia para conseguir un mayor conocimiento sobre la hipertensión arterial, sus consecuencias, modo de controlarla y adhesión al tratamiento²⁰.

Para Intner, Chen, Rocella, Streiffer, Whelton (2002) en su artículo *Factors Associated with Hypertension control in the general population of the United States* dice que “ *no solo se trata de la promoción de la salud sino también de la prevención de la enfermedad*”²¹

Díaz Mallofré (2001), miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería Clínica y miembro de la Institución DOMO (Centro para el desarrollo de las Ciencias de la Salud y la vida): se expresó en la conferencia inaugural de *La X reunión nacional del grupo de trabajo de Enfermería en hemodinámica* y cuyo título fue *La relación de ayuda en las prestaciones de salud* en los siguientes términos : “*Todo nuestro trabajo se sustenta en la promoción de la salud y de la vida a través de la maduración del ser humano*”²² . A continuación, siguió la exposición resaltando los estilos de vida y las consecuencias con relación a la salud, vida y bienestar en la sociedad, cultura y educación de Occidente. Cabe destacar que los altos niveles de dependencia, la pasividad, la alta frecuencia y gran pulsión hacia el consumo de prestaciones sanitarias generan un coste desorbitado para la Sanidad Pública.

Frente a esto, DOMO aporta nuevos métodos y tecnología para la promoción de la salud y la vida y promueve una mayor capacitación de la persona para corregir estas situaciones: aumentando niveles de autonomía y generando comportamientos activo-resolutivos como la utilización de los recursos propios y con ello, el consecuente descenso del consumo de las prestaciones sanitarias.

La Enfermería se comporta como agente transformador de modelos sociales orientados hacia la promoción de la salud y de la calidad de vida. Hay que resaltar las responsabilidades de la profesión de Enfermería dentro del sistema de salud. y entre ellas destacar la Promoción de la Salud en un marco de referencia: **persona-grupo-sociedad**. La Enfermería trabaja con las causas que crean cierto tipo de estilos de vida que generan incapacidad, limitación y enfermedad.

Valentín Fuster (2006), cardiólogo del Hospital Monte Sinai de la ciudad de New York (E.E.U.U.) reflexiona sobre la vida actual señalando que el mundo está cambiando tan rápido que la velocidad a la que se producen los cambios supera a menudo nuestra capacidad de adaptación. “*Tengo la impresión de que en el mundo actual sobran prisas y falta reflexión*”²³

2.3. EL PAPEL DEL PROFESIONAL SANITARIO COMO CUIDADOR Y EDUCADOR EN LA SALUD

El producto enfermero es el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella para promover la salud, recuperar la salud o integrar a la persona en su medio.

El cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y el criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera paciente y la capacidad para empatizar o sentir desde la persona, representa la principal característica profesional

Por otra parte; **La educación** es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida. La educación promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y el uso de servicios, reforzando conductas positivas²⁴.

La Ciencia Enfermera identifica los fenómenos propios de su disciplina profesional: la persona, el entorno, la salud, y la labor profesional. Fernández Ferrín,C, (2003) en su capítulo, *Modelos de Enfermería*, define el rol profesional o naturaleza de la Enfermería, “*como un servicio de ayuda específico a las personas, apoyado en las relaciones interpersonales enfermera/cliente y enfocado hacia la comprensión del ser humano en relación con su entorno*”. La labor profesional es demandada por la sociedad y ofrecido de forma legítima únicamente por las enfermeras. Estos cuatro fenómenos nucleares constituyen el Paradigma de la profesión.

Finalmente define la Enfermería *como una Ciencia y Arte de los cuidados* y expone dos ideas fundamentales:

1ª: Comprender al ser humano dentro de su entorno y en relación con sus necesidades de salud, exista o no la enfermedad.

2ª: Establecer cual es la contribución de la enfermera como profesional en la satisfacción de estas necesidades.

La Enfermería es una profesión que se apoya en valores tales como la empatía, amabilidad, respeto, responsabilidad y afecto. Fernández Ferrín, (2003) en su capítulo, *Ciencia Enfermera*, establece que estas son las cualidades en las que la enfermería basa su cuidado.

2.4. MODELO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERIA

Representa las relaciones entre los conceptos de persona, entorno salud y enfermería. La función de un modelo conceptual es guiar la formulación de preguntas que nos haga conocer las necesidades de la persona.

Fernández Ferrín (2003), distingue los modelos de Enfermería en tres escuelas²⁵.

- Escuela de necesidades de Virginia Henderson y Dorotea Orem
- Escuela de interacción de Hildegarde Peplau.
- Escuela de objetivos o modelo de adaptación de Calista Roy.

Calista Roy constituirá nuestro modelo de Enfermería : Modelo de adaptación. Dicho modelo contempla a la **persona** como un sistema adaptativo con sistemas regulados y cognitivos.

Define el **entorno** como una fuente de estímulos para el sistema adaptativo de la persona. Ve la **salud** desde el punto de vista de máximo bienestar hasta la muerte.

Basa su **concepto de enfermería** en un sistema de conocimientos teóricos que permiten conducir la situación y tomar las acciones pertinentes para el cuidado de las personas.

Propone seis pasos:

- Valorar la conducta del paciente.
- Valorar los factores que influyen en su salud.
- Identificar los problemas de salud..
- Fijar los objetivos sanitarios.
- Seleccionar las intervenciones para conseguir los objetivos.
- Evaluar los resultados

Calista Roy considera que las enfermeras promuevan el ajuste de la persona a los retos y a encontrar referentes a su salud. A este ajuste lo llama adaptación y a los retos, estímulos.

2.5. EL PROCESO DE LA ENFERMERIA COMO SISTEMA DE TRABAJO

Es un método estructurado, sistemático y coherente en la práctica de la Enfermería estableciendo una dimensión científica para cuidar. Inicialmente Florence Nithingale desarrolló una enfermería intuitiva. Posteriormente en 1986 Dominguez Alcón²⁶ empieza a desarrollar una nueva etapa profesionalizada basada en incorporar métodos más refinados que tratan de buscar soluciones de forma más eficaz a los problemas inherentes a la práctica enfermera en el que sus etapas de actuación son:

- Valoración focalizada en el problema de salud
- Diagnóstico de Enfermería y problemas interdependientes.
- Planificación de la actuación enfermera.
- Ejecución, actuación
- Evaluación

Valoración: Esta etapa, incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades, problemas, limitaciones e incapacidades. Es el momento en el que descubrimos cual es el motivo por el que el paciente se encuentra en la consulta de Enfermería.

Diagnóstico: Consiste en la identificación de los problemas interdependientes y de los diagnósticos de Enfermería. En el caso de nuestros pacientes, los cuales sufren una alteración del mantenimiento de la salud, la hipertensión, hay que evaluar todos los factores asociados. Puede que estos factores sean de alteración de la nutrición por exceso o de alteración de la actividad física por defecto. Se considera que una persona padece de sedentarismo, cuando camina menos de 30 minutos diarios. Un trastorno en sus relaciones puede consistir en una alteración de los procesos de adaptación a la familia y en la sociedad o en la comunicación; puede sufrir un trastorno en la personalidad o de la percepción de si mismo. Es el momento de conocer su vida en lo que respecta a su entorno.

Planificación: En esta tercera parte se precisan:

- * Objetivos a seguir que se realizarán de acuerdo a las necesidades o diagnósticos de enfermería de acuerdo con el paciente.

- * Actividades a realizar, tanto de la enfermera como del paciente, programando los días de cita para seguir el proceso de educación, cuidado y estímulo de las tareas a realizar.

- * Evaluación: Esta parte nos dará ocasión de valorar los resultados comparando la situación del paciente cuando llegó por primera vez, cual era su tensión y demás factores de riesgo y que se ha conseguido resolver.

TERCERA PARTE
HIPÓTESIS Y OBJETIVO

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. La educación para la salud influye en el control de la Hipertensión

Según un trabajo coordinado por He (2005) de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Tulane, de Los Angeles, y publicado en The Lancet, la hipertensión podría alcanzar los 1000 millones en el año 2025. Se estima que este trastorno aumentará un 24% en los países industrializados y un 80% en los países del Tercer Mundo. Sin embargo es también uno de los factores de riesgo de mortalidad cardiovascular y patología renal más modificable mediante la alimentación, la reducción de peso y el incremento del ejercicio, entre otros parámetros²⁷ .

Alvarez Miranda (1999) en la isla de Cuba, trató de observar la influencia de la enfermera en el paciente hipertenso. El estudio se realizó en 10 consultorios. El tamaño de la muestra fue de 383 pacientes que se seleccionaron aleatoriamente. Los resultados demostraron los cambios significativos que realizaron los pacientes tanto en la presión arterial como en la obesidad y el sedentarismo. También se observó como afronta la vida la persona se intentó controlar la ansiedad que les producía su hipertensión²⁸ .

Igualmente, Santamaría (2003) observó la influencia de la educación de la Enfermería en el paciente diabético. En esta ocasión las enfermeras puntualizaron que además de los resultados satisfactorios en cuanto a los conocimientos alcanzados por los pacientes respecto a su enfermedad, estos perdieron la ansiedad que les provocaba la misma²⁹ .

Germán (1994) evaluó un programa de autocuidado para la hipertensión arterial con 160 pacientes atendidos en Atención Primaria. Observó la influencia de la educación individual y grupal. La reducción de la presión arterial fue más importante en el grupo que recibió educación individual completada con sesiones grupales frente al grupo que solo recibió atención individual. Las

diferencias entre ambos grupos no fueron significativas y no se observaron modificaciones en el peso, el tabaquismo o la práctica de ejercicio³⁰.

3.1.2. Existen determinados aspectos que influyen en el buen control de la Hipertensión

La edad, el género, la situación laboral, el estado civil, el uso personal del aparato de T.A., el grado de IMC, la disminución del perímetro de cintura/cadera, el ejercicio físico, la práctica de relajación reglada y no reglada, el alcohol, el tabaco, el colesterol, LDL, la hiperglucemia y la vida saludable influyen en el buen control de la hipertensión.

3.1.3. La educación para la salud influye en el logro de una vida saludable

Fuster (2006) en su capítulo "*Una dieta contra la hipertensión*" afirma que, los vegetales y las frutas disminuyen la presión sanguínea, lo que viene en llamarse, Dash Diet (Dietary Approaches to stop); en esta dieta incluye cereales integrales, pollo, pescado y frutos secos y es restrictiva con las carnes rojas, azúcares y alcohol. En personas hipertensas, este tipo de dieta reduce la obesidad y ayuda a reducir la presión arterial. En otro capítulo afirma que "*el ejercicio físico actúa como si de un fármaco se tratara*".

- *Cuidar de la dieta
- *Tener una actividad física.
- *No fumar
- *No beber más de 2 copas de vino diarias.
- *Practicar técnicas de relajación.

3.1.4. Consejos al paciente con HTA para lograr una vida saludable y controlar la T.A.

Marco- Franco, presidente del Comité del XXXIII Congreso Nacional de Nefrología, realizado en octubre del año 2003 en la ciudad de Palma de Mallorca, expresa en una entrevista para el Diario de este Congreso su deseo

de trabajar más en prevenir la obesidad, en la mejora de la tensión y en el uso correcto de la medicación³¹. Sexto Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC-VI), publicado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos en noviembre de 1997, nos dice que la prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa.

El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de Sanidad, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA, nos obliga a abordar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios³¹.

3.1.4.1. Importancia de reducir la ingesta de sal.

Pocas áreas de la salud y la nutrición han suscitado tanto interés como el efecto hipotético de la reducción de la ingesta de sal en el control tensional. Aunque la literatura previa a la pasada década coincidía en señalar una relación estrecha entre la ingesta de sal y la tensión arterial y un beneficio general en todos los individuos a reducir dicha ingesta. Hoy sabemos que la cuestión no es tan simple³². El estudio más importante diseñado para responder a estos interrogantes, (más de 10.000 pacientes de 32 países

estudiados)³³, ha encontrado una débil correlación entre la ingesta de sal y la tensión arterial. Aunque existen en la actualidad bastantes evidencias de que la reducción de la ingesta de sal, mejora el control de la tensión arterial³⁴, especialmente entre los pacientes de mayor edad, no sabemos si ello se acompaña de un descenso de la morbilidad cardiovascular, por lo que los médicos son prudentes a la hora de aconsejar reducciones generalizadas de la ingesta de sal.

3.1.4.2. Importancia de reducir el peso.

De todos los factores ambientales que influyen sobre las cifras de la presión arterial, el aumento de peso y excesivo consumo de alcohol son los más relevantes, teniendo una importancia superior a la ingesta en sal. La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en el mundo occidental. Estudios epidemiológicos de países desarrollados demuestran que hasta un 45% de hombres y un 38% de mujeres presentan algún grado de obesidad. La obesidad es una alteración metabólica crónica. Se dice que una persona es obesa cuando tiene un exceso de tejido adiposo (grasa corporal) que le origina un aumento de peso corporal con respecto a lo que corresponde a su sexo, talla y edad. El grado de obesidad, medido en términos absolutos o a través de indicadores indirectos como el IMC señalaron que los obesos con más probabilidad de desarrollar HTA esencial son aquellos que tienen un patrón de distribución de tipo central, superior o androide, independiente de su grado de obesidad. Luego se propone la medición del perímetro abdominal para

identificar gente con riesgo de enfermedad crónica como hipertensión y colesterol elevado. Diversos estudios han constatado esta asociación. Zuzurruga Gómez de la Barra, A. y Villarroel Méndel, J. realizaron un estudio en el que se buscó establecer esta asociación entre los distintas medidas antropométricas, IMC, índice cintura cadera (ICC) y perímetro abdominal (PA) con la presencia de HTA. Se realizó en una población de mujeres que acudían a las jornadas de despistaje en el Hospital de Loayza. Se evaluaron 60 casos. El riesgo de desarrollo de HTA y DM resultó estadísticamente significativo en los pacientes con ICC>0,85. El perímetro abdominal (cintura), fue medido con

cinta métrica flexible a nivel del punto medio entre el borde inferior de las costillas y la cresta iliaca, justo en el ombligo. El perímetro de la cadera fue medido a nivel de los trocanteres mayor. El ICC es el coeficiente entre la circunferencia de la cintura y la circunferencia de la cadera. Se considera que la medida está dentro de la normalidad cuando este coeficiente sea menor de uno. Las medidas dentro del rango de normalidad de la cintura esté entre 80-88 centímetros en la mujer y entre 94-102 centímetros en el hombre ³⁵.

Con respeto a las dietas, se considera conveniente la reducción de ingesta total al 30% de las calorías, con contribución de las grasas animales inferior al 10%. Es recomendable que la contribución de las grasas polisaturadas (aceites de origen vegetal y pescados en general) sea de un 10% y de las monoinsaturadas (aceite de oliva) de otro 10-15%. La dieta recomendable se basa en el uso de cereales complejos, pastas, arroz, fruta, verduras, legumbres, aceites vegetales, pescado blanco y azul, limitando la ingesta de carnes rojas, quesos, huevos y jamón; desaconsejando dulces, vísceras y embutidos.

El aumento de ingesta de fibra, es también beneficioso. Estas recomendaciones dietéticas deben individualizarse en vista de la tarjeta de factores de riesgo del enfermo. Si se decide que un paciente debe reducir su peso, deben examinarse sus hábitos alimentarios y darse los ajustes y consejos más adecuados. El error más frecuente consiste en el descenso importante de peso inicial y la recuperación posterior.

Debe aconsejarse la reducción gradual de no más de medio kilogramo a la semana y aconsejar el cambio de hábitos que la mera restricción calórica.

Según la American Heart Association, los hábitos alimenticios saludables pueden ayudar a prevenir los tres factores de riesgo más importantes que son causa de ataques al corazón: hipercolesterolemia, hipertensión y exceso de peso. Cada día hay mayor evidencia de que la dieta juega un papel importante en su regulación; así lo explica Garza Benito, Ferreira Montero y Rio Ligorit (2006)³⁶.

3.1.4.3. Importancia de caminar todos los días.

Una clara asociación entre el mantenimiento de un buen estado físico y el descenso de la morbilidad cardiovascular ha sido demostrada en diversos grupos de población³⁷. El ejercicio moderado tiene un efecto hipotensor, acentúa la pérdida de peso con cualquier nivel de restricción calórica y disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad global³⁸. Por ello, consideramos al sedentarismo como factor de riesgo cardiovascular entendiéndolo por tal, si el paciente no realiza ningún tipo de ejercicio o camina menos de 30 minutos diarios. Hay una actividad física para cada edad y circunstancia. El sedentarismo es un factor de riesgo cardiovascular y una de las causas de aparición y desarrollo de las enfermedades crónicas más frecuentes. Está ligado además a enfermedades cardiovasculares, coronarias e hipertensión³⁹.

Las actividades físicas aeróbicas de intensidad moderada son las más adecuadas para disminuir la hipertensión. Entre ellas se encuentra caminar a buen paso o nadar. Escoger las actividades que resulten sencillas y agradables y practicarlas regularmente. El sedentarismo se une a la obesidad. Todos los factores de riesgo tienden a asociarse entre sí. El objetivo por consiguiente será conseguir la desaparición del sedentarismo y lo mismo en el caso de obesidad.

3.1.4.4. Importancia de reducir la ingesta de alcohol.

Se ha demostrado que independiente de otros factores, se da una relación lineal entre la cantidad de alcohol ingerida y la prevalencia de HTA y morbilidad cardiovascular⁴⁰. Esta relación no está influida por el tipo de bebida sino por la cantidad de etanol. Dicha relación no es rectilínea, sino en U, habiéndose sugerido un efecto protector cardiovascular con ingesta moderada de etanol⁴¹.

3.1.4.5. Importancia de no fumar.

Constituye un factor de riesgo cardiovascular de primera magnitud⁴². Se relaciona con accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, muerte súbita, etc., y además, reduce la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos. Abandonar el hábito de fumar o al menos la reducción de

número de cigarrillos diarios está claramente indicado en cualquier paciente, y con mayor motivo en el paciente hipertenso. Por supuesto, la posibilidad de ganancia de peso posterior no debe ser obstáculo para este consejo. La tensión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo para el sistema cardiovascular, siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción. El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionando el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis produciendo aumento de la tensión arterial.

La realidad es que el consumo de tabaco disminuye el calibre de los vasos sanguíneos y aumenta la presión arterial.

3.1.4.6. Importancia de la relajación

Diversos estudios, sugieren que el estrés y la hiperactividad del sistema nervioso simpático interactúan en el desarrollo de la HTA temprana y su mantenimiento posterior. Los individuos expuestos a estrés psicógeno reiterado pueden presentar HTA más frecuentemente que los sujetos por lo demás similares, pero sometidos a menos estrés⁴³. Calificaremos el estrés como leve, moderado o grave e instruiremos un programa de relajación que consistirá en el reposo tranquilo y confortable durante 15-20 minutos dos veces al día en los pacientes asignados a estas últimas categorías. En pacientes seleccionados con estrés grave se asociará medicación ansiolítica por parte del médico.

El catedrático de Psiquiatría, López-Ibor (2004) considera que el estrés y la ansiedad constituyen una reacción emocional similar con distinto nombre y añade que, el medio familiar junto con el medio laboral es donde el ser humano es más proclive al estrés⁴⁴.

Según los psicólogos entre los que se encuentran Fernández-Abascal, E.G., Palmero, F y Martín, (1998)⁴⁵, existen datos en los que se observa la relación entre la hipertensión y las reacciones emocionales.

3.1.4.7. Importancia de practicar actividades que producen relajación

En ocasiones el paciente no se detiene a realizar relajación propiamente dicha pero sí en cambio, dedica cada día un tiempo a actividades que le hacen la vida agradable y olvida sus problemas y su salud. Esto es hacer una vida relajada.

Determinados estudios nos dicen que el hombre, en su vida diaria, el hombre refleja su nivel socio económico, su nivel educacional y cultural. La persona cansada de una larga jornada de trabajo prefiere sentarse a ver la televisión que salir a caminar o realizar un deporte según el estudio realizado sobre la importancia que tienen las técnicas de relajación sobre la salud. González y Valdes M, Tte. Cor. Valdes E. *Hipertensión arterial y estrés. Una experiencia* (2005) ⁴⁶.

Nuestro protocolo de actuación ofrece al paciente tres días de aprendizaje de técnicas de relajación, aunque tenemos que considerar que la falta de tiempo hace que los pacientes hipertensos jóvenes no siempre pueden recibir las sesiones de relajación. En esta ocasión, se les recomienda 15-20 minutos de reposo tranquilo en la mañana o en la tarde justamente en la mitad del periodo de su trabajo profesional.

Hemos contado en otro apartado que la consulta de enfermería viene actuando en el cuidado del paciente hipertenso desde 1.993, desde entonces puede decirse que basa su educación en tres puntos principales: La dieta cardiosaludable, caminar cada día y disfrutar de la vida. Hoy hemos introducido alguna variable mas, pero esperemos cuales son los resultados.

3.1.5. La vida familiar, la vida laboral, el tipo de personalidad)

La familia y la salud están estrechamente relacionadas. Así lo han demostrado estudios llevados a cabo en E.E.U.U y en España. Existe una posible relación entre el estado familiar de una persona y su salud. Los americanos han

demostrado que los adultos casados gozan de mejor salud, que los separados, divorciados o viudos. En la actualidad, más de la mitad de la población padece sobrepeso. Este estudio se realizó con 127.543 pacientes en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del país norteamericano y publicado en la pag web de la Harvard Medical School 47.

Se considera que la familia tiene una gran importancia para el buen control de la hipertensión. Según un estudio realizado en Méjico, existe una correlación entre **el apoyo familiar** y el apego al tratamiento de la hipertensión, Martín Reyes y Rodríguez Durán, (2005) ⁴⁸.

Urich Beck y Elisabeth Beck-Gernsheim en su libro *El normal caos del amor* afirman que una de las principales características de los tiempos que nos ha tocado vivir, es el choque de intereses entre amor, familia y libertad personal. *Según ellos, "Muchos hablan del amor y de la familia como en los siglos pasados hablaron de Dios. El ansia por la redención y el cariño, los enfrentamientos que este ansia causa, la realidad irreal a la manera de los textos de canciones de amor que se alberga en todos los aposentos del deseo, todo eso adquiere un perfume de religiosidad cotidiana, de esperanza en el más allá en la vida terrenal"* ⁴⁹.

Para Minnchin S (1987), de la Universidad de Harvard en su estudio "*Psychosomatic Families*", la familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud ⁵⁰.

En la Vida laboral se considera que el estrés forma parte integrante de la sociedad actual. Produce hipertensión, accidentes cardiovasculares y disminución del deseo sexual. El estrés laboral aumenta el riesgo de hipertensión. Sapena Pastor, O. *Trabajo, Estrés y Matrimonio (2005)* ⁵¹.

La personalidad la define la Real Academia Española, como "*el conjunto de características propias de cada persona que la distingue de las demás*" ⁵².

Kurt Lewin, en su obra, *Dinámica de la Personalidad*, considera que para clasificar las conductas según las características de los individuos, es necesario ir más allá de las apariencias de la conducta de los individuos; hay que llegar hasta las fuerzas que determinan verdaderamente su comportamiento. Lewin asegura que hay que encontrarlas mediante la representación en algún modo, del campo psicológico total del individuo. Solo si podemos representar el campo total de las fuerzas del individuo en cuanto existen para él, en un momento dado, podemos tener la base para predecir con precisión su conducta ⁵³.

Según J. Bermúdez, algunas variables de la personalidad predisponen a los individuos al desarrollo de conductas que podrían ser peligrosas para la salud considerándose conductas de riesgo, la impulsividad y el neurotismo. Por el contrario son conductas saludables: La afabilidad, el tesón y la apertura mental; éstas son consideradas conductas protectoras de la salud ⁵⁴.

En los últimos años, se ha alcanzado un significativo consenso en torno al modelo de los Cinco Factores: Extraversión, neurotismo, afabilidad, tesón y apertura mental como marco teórico de referencia para la investigación entre personalidad y salud. Por otra parte, exponen que las dimensiones de afabilidad y tesón son también relevantes para el desarrollo de una conducta saludable y el logro de más elevados niveles de bienestar psíquico y físico ⁵⁵. Existen conductas en la vida ligadas a la enfermedad. El estrés se asocia a enfermedades psicosomáticas, mientras que por el contrario en un estilo de vida sano potencia los mecanismos internos de autorregulación en el propio cuidado. (Bermúdez 1997) ⁵⁶.

3.1.6. La fidelidad al tratamiento influye en el control de la H.T.A

Existen autores como Montiel J y Col, (1998) que hicieron un estudio sobre el cumplimiento terapéutico y control de la H.T.A. y vieron como el 35,5% de los pacientes habían realizado un cumplimiento correcto y el 39,9% presentaban un control satisfactorio de la H.T.A., estos resultados se lograron tras estudiar a 864 pacientes durante tres años. La guía española para el diagnóstico y

tratamiento de la H.T.A en España (2002) reconoce que más del 50% de los pacientes son incumplidores. Según el autor se considera una buena adhesión cuando se cumple en un 75%. Y añade que solo cambiando los modelos de conducta en el paciente e incentivando su motivación pueden lograrse beneficios en el tratamiento⁵⁷.

La variable disciplina la hemos asociado a la fidelidad al tratamiento. Creemos que una y otra van juntas. El paciente disciplinado, motivado y con interés por la salud es el que cumple con el tratamiento y a su vez el que controla la H.T.A. La perseverancia es la virtud por la cual todas las otras virtudes dan frutos según Martín Alonso 58.

3.1.7. Las condiciones sociodemográficas y el nivel sociocultural influye en el control de la HTA

3.1.7.1. El género

En opinión de la Dra. Maite Rivera, nefróloga del Hospital Ramón y Cajal, en una entrevista informal, *“el hombre y la mujer a los cincuenta años son similares en cuanto a la posibilidad de tener un infarto de miocardio, la mujer a esta edad ha perdido su protección hormonal, está en plena menopausia y , esta pérdida hace que tenga la misma probabilidad de padecer infarto que el varón”*. Sin embargo según un estudio sobre hipertensión, realizado en Milán, en La Unidad de Hipertensión del Hospital de Pístonia (Seghieri, G 2005)⁵⁹, se asocia

la masa muscular postmenopáusica al riesgo de hipertensión. Por cada kilogramo de aumento en la masa muscular, el riesgo relativo de hipertensión ajustado para la edad, la circunferencia abdominal, la talla y la masa muscular fue del 1,154 en hombres, del 1,035 en premenopáusicas y del 1,070 en

postmenopáusicas, concluyéndose que la hipertensión se asocia a la masa muscular en hombres y en mujeres postmenopáusicas

3.1.7.2 La edad

En Suecia (Nadal 2006) un estudio en el Hospital General de Skellfta, Universidad de Norland, en el que observó que un 25% de todas las personas mayores de 65 años son tratadas con medicación antihipertensiva y hasta un 50% de la población con una edad superior a los 75 años reciben algún tipo de medicación cardiovascular. Son una realidad diaria y continua en nuestros consultorios médicos. Sin embargo, la persona puede hacerse hipertensa también en la edad temprana⁶⁰.

El equipo de Natasa Honzikova de la Universidad Masaryk, en Brno, República Checa (2005), ha demostrado que la obesidad influye en los niños con un aumento de la tensión sistólica e influye en el ritmo cardiaco. Según estos autores, el estudio confirma los cambios que tienen lugar en los niños obesos en relación a las cifras de presión arterial. Este estudio viene a demostrar que los niños también pueden ser hipertensos⁶¹.

Fernández; Benach y Borrell (2002) en su artículo *El papel de la promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades* dice que las clases sociales más desfavorecidas tienen peor estado de salud, más enfermedades crónicas y estilos de vida más nocivos por lo que la promoción de la vida saludable es un importante recurso para reducir estas diferencias⁶².

Finalmente en cuanto a la obesidad se ha visto que, es el factor más influyente en la hipertensión del adolescente. Así lo dice Lurbe (2005), vicepresidenta primera de la SEH-LELHA. Lurbe ha demostrado científicamente que la obesidad incrementa la posibilidad de un individuo a ser hipertenso⁶³.

3.1.7.3. El estado civil

Se ha realizado un estudio en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, publicado en el año 1999 y recogido en la

pag. Web de la Harvard Medical School. Los adultos casados gozan de mejor salud que los separados, divorciados o viudos. Dicho estudio se realizó con 127.543 pacientes. Según el mismo estudio los casados son los que menos fuman y realizan más actividad física. A pesar de ello, en la actualidad más de un 56.7% de los adultos casados o solteros padecen sobrepeso y obesidad. (Charlotte Schocuborn 1999)⁶⁴.

Según J..J Lynd en *Las consecuencias de la soledad*(1977), tener pareja es bueno para la salud, en cambio perderla, no solo eleva el riesgo de contraer todo tipo de enfermedades sino de cometer suicidio. Diversos estudios descubrieron que los hombres cuando tienen pareja, se vuelven más saludables, comen mejor y dichos hábitos mejoran al iniciar la convivencia⁶⁵.

El Sexólogo Clínico, Dr. Sapena Pastor, explica que los tiempos actuales aumentan la complejidad para la vida en general y el desempeño sexual en particular. Porque el exitismo, las ansias de superación, la supervivencia económica impactan en el organismo y en la sexualidad de las parejas. Estos hechos afectan tanto a la mujer como al hombre por igual, porque se han producido transformaciones en el aspecto familiar; la mujer se proyecta con fuerza al campo laboral, social, económico y político⁶⁶.

Nosotros, en una mera reflexión, también creemos que si pudiéramos conseguir más tiempo, viviríamos más relajados en nuestro matrimonio y nos dedicaríamos más a nuestra familia, haríamos ejercicio físico, comeríamos más despacio y mejor; nuestras discusiones tanto profesionales como maritales serían charlas de confrontación y no se alteraría la tensión arterial.

3.1.7.4. Influencia de estar en activo o jubilado

Según el estudio de González y Valdes y el Tte. Cor Valdes E. sobre la relación entre Hipertensión arterial y el estrés producido por el trabajo consideran que el trabajo provoca en ocasiones estrés y ello conduce inexorablemente a la hipertensión; observaron también los aspectos de la conducta de la persona,

su modo de llevar la vida y su enfrentamiento ante la enfermedad⁶⁷. Existen estudios que demuestran que los trabajadores que no disponen de tiempo suficiente para sentarse a comer han adoptado la dieta que podemos calificar de Homer Simpson: dulces, galletas y bollos de forma regular a lo largo del día. según un estudio realizado por Hugh Wilson. *"Solo cuando dispongamos de suficiente tiempo para comer, comenzaremos a evitar tentaciones de la comida rápida"*⁶⁸.

El mismo estudio afirma también que el estrés de los trabajadores les lleva a necesitar bebidas a menudo. Los nutricionistas creen que la cantidad de horas dedicada al trabajo en el Reino Unido es el principal obstáculo para una buena alimentación. Sin embargo, el trabajo es fundamental para el bienestar realizado en ciertas condiciones tiene correlación con la felicidad⁶⁹.

El Dr. M. Nadal, en un estudio realizado en (Suecia) observa que el varón al jubilarse, sufre pequeñas depresiones y tiende a la vida rutinaria y cómoda; con frecuencia se encierra en si mismo y muestra su ansiedad con manifestaciones externas de afectividad. En esta etapa también se agudiza la inseguridad, el miedo, la preocupación por el futuro y por el estado de salud. El mismo estudio indica que en Suecia, un 25% de todos los mayores de 65 años, son tratados con medicación antihipertensiva y hasta un 50% de su población con edad superior a los 75 recibe algún tipo de medicación cardiovascular⁷⁰.

3.1.7.5. Influencia del nivel educativo

La OMS establece la Equidad en Salud como objetivo de su documento de Salud XXI. Afirma, que los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud. En este sentido la interpretación que hace la OMS del problema es coherente con importantes modelos socioeconómicos actuales, en los cuales la salud se concibe como el resultado de los efectos de todos los factores que inciden en las vidas de los individuos, las familias y las comunidades. Este punto de vista, coloca a la persona en el centro junto a los factores relacionados con edad, género y genética que configuran su

potencial de salud.

Según Soriguer Escofet, F. (2005), jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Carlos Haya de Málaga, y después de 30 años investigando la obesidad, explica que, el engorde puede producirse porque se desconoce lo que se come. Un ciudadano tiene más riesgo de ser obeso por inculco que por hacerse mayor. *Mientras que la edad no tiene cura, si la tiene la incultura y prosigue diciendo que el aceite de oliva protege de la obesidad y de la hipertensión*. Su estudio abarcó una muestra de 1.300 personas y un periodo de tiempo de 5 años⁷¹.

3.1.8. Hipótesis: existen conexiones explicativas sociales o personales que influyen en el logro de modificar los hábitos consiguiendo una vida saludable.

Según Mead (1934) “ *la conducta de un individuo sólo puede entenderse en base a la conducta de todo el grupo social del que él es miembro*” El grupo es el que suministra el contexto a los actos sociales, o es solo que otra gente esté presente dentro de nuestro alrededor lo que hace que nuestros actos sean sociales, es mucho más importante todavía que la gente está presente dentro de nuestro alrededor lo que hace que nuestros actos sociales; nosotros nosotros. James Schellenberg afirma que *La filosofía pragmática de Mead, se puede aplicar a un mundo en continuo cambio, pero en el que los valores humanos debían ser inteligentemente estructurados y en continua reestructuración*⁷².

Se ha dejado para el final una de las reflexiones de V. Fuster. Según él, la sociedad actual tiene un gusto por el consumo exagerado “*somos muy consumistas y cuanto más consumimos más infelices nos sentimos. Los poetas siempre han visto el corazón como el centro de todo, pero quien realmente manda en nosotros es el cerebro*”.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo principal

Conocer la influencia de la enfermera en la educación sobre la salud.

.

3.2.2. *Objetivos específicos*

Evaluar el impacto de la Educación para la Salud (EpS), impartida por enfermería, sobre el control de la HTA.

Evaluar el impacto de la EpS enfermera en la modificación de los estilos de vida (obesidad, sedentarismo y dieta cardiosaludable)

Evaluar la relación entre determinados aspectos personales y sociales (vida familiar, laboral y tipo de personalidad) así como la edad, género, nivel académico, trabajo, estado civil y convivencia y el grado de control de la HTA.

CUARTA PARTE
MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

4.1. MARCO TEÓRICO EN EL QUE SE ENMARCAN LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Nuevamente acudimos a Fernández Ferrín. Estudia la Enfermería como disciplina y afirma que es una profesión orientada hacia la práctica. Según ella, la **disciplina enfermera** se encierra en una estructura llamada Paradigma Fawcett (1989) .

Metaparadigma.- Es la perspectiva más global de una disciplina; representa el gran **marco teórico** de ésta. F. Ferrín ⁷³ .

Estos cuatro fenómenos configuran el marco en el que se sustenta nuestra investigación .y son: La persona, la salud, el entorno y la labor del enfermero.

1. La persona es la receptora de los cuidados,

2. La salud es el valor que se desea conseguir.

3. El entorno es todo aquello que nos rodea.

4. La labor del enfermero es un rol cambiante que varía según la situación geográfica, la economía y en su conjunto varía dependiendo de la realidad social.

El modelo de enfermería representa las relaciones entre los conceptos de persona, salud, entorno y rol enfermero.

Siguiendo las palabras de Marta Durán Escribano, catedrática en el Área de la Salud de la Universidad de Alcalá de Henares, en una entrevista personal, *“la enfermería tiene una entidad común con otras profesiones. Su desarrollo está ligado con otras ciencias como son Psicología, Antropología, Historia y Sociología. La Ciencia de la Enfermería tiene que ver con el saber médico,*

histórico, social y antropológico. Todo lo que se relaciona con el saber humano forma parte de algo específico como es el cuidado de la persona". El ser humano está dotado de órganos que pueden sufrir alteraciones que le llevan a la enfermedad, pero además tiene unas necesidades externas de las que necesita cuidar; la enfermera es cuidadora del ser humano y su profesión está ligada a la Antropología por la relación de la mismo a la cultura; a la Historia porque se apoya en la riqueza que han aportado las enfermeras desde Florence Nithingale hasta nuestros día; a la Psicología porque la enfermera necesita conocer la conducta de la persona para tratar de llevarla hacia una vida saludable.

La Psicología social juega un gran papel en el tratamiento de la hipertensión. Esta teoría es iniciada por Jacobson (1939). Desde entonces hasta ahora, se han realizado muchos intentos para controlar la presión arterial a través de evaluar el efecto de la relajación muscular progresiva sobre la presión arterial, controlando la influencia del grado de relajación obtenido mediante registro electromiográfico. Posteriormente la relajación como medio para tratar la HTA ha sido estudiada por un ingente número de investigadores⁷⁴.

Desde la Sociología de la salud, Frank, J.P.(1990) afirma que *"cada clase social sufre las enfermedades determinadas por los diferentes modos de vivir; el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares de cada situación económica"*⁷⁵. Otros autores como Fernández, Benach y Borrel (2002) han visto el papel de la promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud⁷⁶.

Los mismos pacientes exponen, que ven la ayuda tanto de la enfermera como del médico, pero reconocen que ellos, son los responsables de su enfermedad y hasta que no es así, no logran controlar la misma.

Este es un estudio desde la Enfermería y tiene como base el cuidado del paciente hipertenso y las variables sociales y personales del mismo.

4.2. METODOLOGÍA

4.2.1. Diseño del estudio

Se trata de un diseño experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo y unicéntrico formado por dos grupos: grupo de intervención y grupo de control. El grupo de intervención está subdividido a su vez en dos grupos: grupo experimental (grupo A) y un grupo de información (grupo B). Al grupo experimental se le ofrece un programa de Educación para la Salud (EPS) a través de una serie programada de citas con la enfermera. El grupo de información recibe el mismo programa de manos de la enfermera, pero en formato escrito en su primera visita. El reparto de grupos se realizará de manera aleatoria siguiendo el criterio siguiente: los pacientes nacidos en año par recibirán educación, los nacidos en año impar recibirán información.

El grupo de control (grupo C) está formado por todos los pacientes que no desean ser asistidos por la enfermera. Este grupo no es aleatorio, sino que está condicionado por la voluntad del enfermo, que decide ser autónomo en el control de su HTA. Este grupo recibirá el programa de EPS también a través de un informe escrito, pero sólo una vez finalizado el estudio.

La recogida de datos sociodemográficos y la evaluación final del estudio será común a los tres grupos con el fin de verificar la eficacia de la intervención de la enfermera.

GRUPO A Sujeto a un programa de intervención basado en la educación directa de la enfermera y enseñanza de técnicas de relajación. Consta de seis reuniones según el procedimiento de estudio. (anexo1 pag 155) Su evaluación se realizará a los seis meses.

GRUPO B Sujeto a un programa de intervención basado en proporcionar información por escrito, consta de tres reuniones según el procedimiento de estudio. (anexo2 pag 157) Su evaluación se realizará a los seis meses.

GRUPO C sujeto a un programa de control, cuyos pacientes no recibirán ninguna intervención, al finalizar el estudio se les entregará el material escrito. (anexo3 pag158)

4.2.2. Ámbito de estudio

Consulta de enfermería de la Unidad de Hipertensión, Ambulatorio “Pedro González Bueno”. (Centro de Especialidades del Hospital Ramón y Cajal).

4.2.3. Método de asignación

El paciente hipertenso acude a la consulta médica de Nefrología e Hipertensión por primera vez, desde cualquier centro de Atención Primaria, porque su médico responsable considera que ese paciente precisa atención especializada. Al finalizar la consulta médica, la enfermera le propone participar en el estudio dándole información exhaustiva del mismo solicitando su consentimiento informado y escrito para su participación.

Una vez recibido el consentimiento el paciente se asigna a cada uno de los grupos del estudio según se describe a continuación.

El reparto de grupos se realizará de manera aleatoria en los grupos A y B siguiendo el criterio de la fecha de nacimiento: los pacientes nacidos en año par se le asignará el grupo A o de Educación. Los que nacieron en año impar se le asignará el grupo B o de Información. Los que no pueda o no deseen venir a la consulta de enfermería, se les ofrece participar en el estudio como grupo C o de control. Este grupo no es aleatorio, son los pacientes los que

determinan su elección. Su aceptación haría que entrara en el protocolo como tal grupo.

Se registran, sus valores iniciales en cuanto a hipertensión, factores de riesgo y hábitos de vida . Su evaluación se lleva a cabo a los seis meses así como evaluación de las variables sociales y personales recogidas según encuesta que rellena el paciente al finalizar el estudio y que se describe de manera más precisa en el protocolo de registro de datos.

4.2.4. Población

A. Población diana: Conjunto de pacientes hipertensos codificados como tales en los ficheros automatizados de Atención Primaria del Área 4 (72.000 pacientes en septiembre de 2006). Información proporcionada por la gerencia de Atención Primaria.

B. Población de estudio: Aquellos pacientes de la población diana que cumplen los criterios de inclusión y no cumplen ninguno de exclusión y que vienen a la consulta de Hipertensión por 1ª vez.

C. Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos
2. Pacientes diagnosticados de hipertensión esencial.
3. Pacientes que aceptan de forma voluntaria participar en el estudio

D. Criterios de exclusión:

1. Pacientes con hipertensión secundaria.
2. Embarazo.
3. Paciente con una insuficiencia renal, definida como aclaramiento de creatinina inferior a 60 ml/minuto/1,73 m².
4. Pacientes con cardiopatía, diabetes mellitas u otra enfermedad grave.

4.2.5. Protocolo de actuación y visitas programadas:

Tanto los protocolos de actuación como las visitas programadas se explican a continuación:

| | Calendario de actuación | Protocolo recogida de datos |
|---------|--------------------------------|------------------------------------|
| GRUPO A | Anexo 1 pag.-155 | Protocolo A pag.-161 Anexo 9 |
| GRUPO B | Anexo 2 pag.- 157 | Protocolo B pag.- 181 Anexo 10 |
| GRUPO C | Anexo 3 pa.- 158 | Protocolo C pag.-198 Anexo 11 |

4.2.6. Población muestral:

El análisis del tamaño muestral se hizo asumiendo un nivel de confianza del 95% incluyeron 200 pacientes, consiguiendo finalizar el estudio con 186 pacientes, se perdieron 14 personas lo que supone un 7% de pérdida de registros.

4.2.7. Método de selección de la muestra:

El único criterio de selección es que el paciente quiera asistir a la consulta de enfermería para recibir educación sobre la salud y que cumpla los requisitos de inclusión

4.2.8. Método de recogida de datos:

Los datos han sido recogidos a través de las entrevistas que tienen la enfermera y el paciente siguiendo el protocolo de actuaciones y de las encuestas, (véase calendario de actuación enfermero).

4.2.9. Inicio y desarrollo del estudio:

El periodo de inclusión de pacientes comenzó en Septiembre del año 2007 y finalizó en junio del 2009 de forma que todos los seguimientos estuvieron finalizados en el mes de Diciembre del 2009.

4.2.10. Modo como se registra la tensión arterial tomada en la consulta

Supongamos que el paciente asiste a la 1ª visita con la enfermera. Podríamos diferenciar tres tiempos, el primero dedicado a dar la bienvenida y explicación de los motivos por los que estamos reunidos, una segunda parte en la que la enfermera le recoge los datos del protocolo, hace una valoración aproximada del paciente y entre los dos crean unos objetivos a alcanzar y hacen una planificación de lo que se puede hacer, siempre siguiendo las necesidades de la persona. Han pasado alrededor de 15 minutos, es quizá el segundo tiempo, en el que el paciente se siente confiado, el ambiente es agradable, es el momento propicio para que la enfermera le tome la T.A. Su medición se realizará en la consulta clínica con la técnica habitual de esfigomanometría siguiendo las recomendaciones de la SECH-LELHA⁷⁷, registrándose el promedio de tres mediciones consecutivas. La tercera parte lo dedicamos a la despedida y citas para cada una de las entrevistas entre ambos registros de las tensiones que se realiza al paciente del grupo A, B Y C:

Registros de las tensiones que se realiza al paciente del grupo A :

| Fecha | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
|-----------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 1ª visita | 2ª visita | 3ª visita | 4ª visita | 5ª visita | 6ª visita |
| T.A | Inicial | Dos semanas después | Cuatro semanas después | Seis semanas después | Tres meses después | Seis meses después |
| T.A. Fuera de consulta (1) | | | | | | |

Registros de las tensiones que se realiza al paciente del grupo B :

| Fecha | ... | ... | ... |
|-----------------------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|
| | 1ª visita | 2ª visita | 3ª visita |
| T.A | Inicial | Dos semanas Después | Seis meses después |
| T.A. Fuera de consulta (1) | | | |

Registros de las tensiones que se realiza al paciente del grupo C :

| Fecha | ... | ... | ... |
|-----------------------------------|------------------|-----|---------------------------|
| | 1ª visita | | 2ª visita |
| T.A | Inicial | | Seis meses después |
| T.A. Fuera de consulta (1) | | | |

La evaluación se realizará con los registros de la consulta de Enfermería junto con las todas las tomas que ha recogido la enfermera, tanto en la consulta como fuera de ella.

Se recoge información sobre el lugar donde se ha realizado la toma de tensión arterial registrándose con (1) cuando la T.A es tomada por el propio paciente; con un (2) si se toma en la farmacia y con un (3) si se toma en el Ambulatorio.

Cuando el paciente posee su propio aparato, la enfermera comprueba que el aparato está en buen uso y comprueba que sabe tomarse la T.A. enseñándole a tomar cuando sea necesario.

Las tomas domiciliarias de T.A. se hacen en tres ocasiones distintas en la semana previa a la cita con la enfermera y a una hora similar a la de la consulta de enfermería .

4.2.11. Registros desde los que se determina quienes están controlados y quienes no.

Se consideran como cifras válidas de T.A el promedio de las tomas de T.A correspondiente a los controles de cada persona y en cada grupo que la enfermera mide en la consulta de enfermería incluyendo las medidas realizadas fuera del centro en otros ámbitos como ya se ha explicado en el apartado anterior (automedición, en farmacia o en su médico de Atención Primaria) a su vez, se eliminan los valores anómalos explicables por situaciones adversas.

4.2.12. Número de pacientes que se han necesitado para conseguir esta muestra.

Se necesitaron reclutar a 200 pacientes para obtener 186 pacientes que cumplieron todos los criterios de estudio y finalizaron el seguimiento perdiéndose 14 pacientes. Considerándose esta muestra estadísticamente representativa se decidió dar por finalizada esta actuación que había durado dos años e iniciar el proceso de recogida de datos.

El grupo A se compone de 52 pacientes, que constituye un 28% del total. Durante el seguimiento se perdieron cuatro mujeres y un hombre.

El grupo B se compone de 68 pacientes, constituye el 37% del total. Se perdieron cuatro mujeres y dos hombres.

En el C se compone de 66 pacientes, constituyen el 35%.

Se perdieron tres mujeres y once hombres. En total han sido 14 pacientes los que se han perdido, es decir el 7 %.

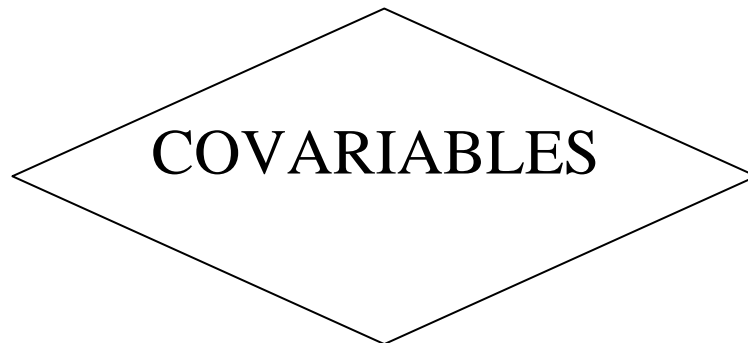
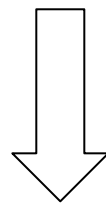
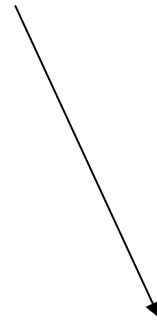
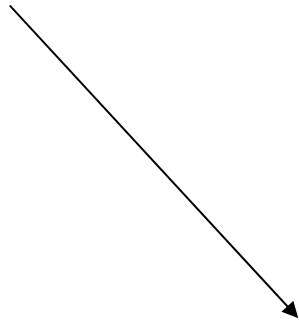
Los pacientes han sido estratificándose por edad:.

- 1.- Menores 50 años
- 2.- 51-70 años
- 3.-mayores de 70 años.

Factores
Tradicionales

Factores
Malos Hábitos

Factores
Psicosociales



4.3. VARIABLES

| FACTORES DE RIESGO TRADICIONAL | FACTORES DE RIESGO ESTILO VIDA | FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES | EXPLICATIVAS | COVARIABLES |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Hipertensión | Dieta no cardiosaludable | Vida familiar y convivencia | Intervención enfermera | Autorrelajación |
| Obesidad, (IMC, perímetro de cintura e índice cintura/cadera) | Sedentarismo | Cualificación laboral | | Otras actividades que relajan |
| | | Personalidad | | Edad |
| | | Disciplina y Adhesión tratamiento | | Género |
| | | | | Nivel académico |
| | | | | Actividad laboral |
| | | | | Estado civil |

4.3.1. Variable de eficacia:

Proporción de pacientes que alcanzan el control de la HTA, Obesidad y sedentarismo.

4.3.2. Variables relacionadas con factores de riesgo tradicionales.

Se consideran factores de riesgo cardiovasculares tradicionales la hipertensión, la obesidad, el sedentarismo, la hipercolesterolemia y la hiperglucemia. Todas ellas son variables dependientes. Nuestro estudio se limitará al control de la hipertensión, de la obesidad y del sedentarismo, sin embargo se ha registrado el valor de la glucemia basal y si a los 6 meses han reducido este valor. Lo mismo hemos hecho con el colesterol LDL.

4.3.3. Variables relacionadas con el estilo de vida

Una persona lleva un estilo de vida saludable, Fuster .V (2006) Cuando:

1. La dieta es equilibrada; en el caso de la hipertensión, se recomienda la Dash Diet (Dietary Approaches to stop); que incluye cereales integrales, pollo, pescado y frutas frescas y es restrictiva con las carnes rojas, azúcares
- 2 . Camina cada día al menos 30 minutos
3. No bebe más de una copa de vino al día
4. No fuma.
5. Hace relajación.

Se consideran factores de riesgo relacionados con el estilo de vida no saludable: La dieta no cardiosaludable, sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo.

4.3.4. Variables relacionadas con los factores de riesgo psicosociales

Se han considerado las siguientes variables:

La vida familiar.- Es una entidad social de carácter permanente, está conformada básicamente por tres subsistemas, la conyugal, la filial y la paternal⁷⁸.La Sociología dice de ella que es un entramado para ayudar a la persona a posicionarse en la sociedad.

¿ Se siente apoyado por su familia en los cuidados necesarios para el control de la hipertensión?

Si.....()

No.....()

La convivencia .- Se ha registrado en la toma de datos del paciente en su valoración.

¿Cómo vive?

Solo/a()

En

pareja.....()

Con la familia.....()

La vida laboral.- El trabajo es una actividad que la persona ejerce y que le proporciona una remuneración económica para poder satisfacer sus necesidades⁷⁹.

Se ha recogido el concepto de vida laboral como factor personal. En este apartado solo deseamos saber su condición de actividad:

Cualificada.....()

No cualificada.....()

La personalidad.- Es el conjunto de características propias de cada persona que la distingue de las demás⁸⁰ . Esta conducta puede valorarse a través la Escala Bartner o en el Inventario de Actividad de Jenkins (JAS). Hemos recogido algunas preguntas que podemos considerar relevantes en la catalogación de esta personalidad A. Se Dice que una persona tiene esta personalidad cuando da una respuesta hostil e impulsiva a una situación de adversidad en la vida⁸¹ .

¿Se considera usted una persona impaciente?..... 1 2 3 4 5

¿Orienta su vida siempre al logro del éxito profesional? 1 2 3 4 5

¿Se considera una persona competitiva?..... 1 2 3 4 5

¿Necesita tener controlado su ámbito de trabajo o familiar?..... 1 2 3 4 5

¿Se enfada con facilidad?1 2 3 4 5

- ¿Se considera una persona irónica?1 2 3 4 5
 ¿Tiendo a perder los estribos?..... 1 2 3 4 5
 ¿Habla en voz alta?..... 1 2 3 4 5
 ¿Habla rápidamente?1 2 3 4 5

1= casi nunca 2= algunas veces 3= a menudo 4= casi siempre 5= siempre

Si la contestación a la siguiente encuesta en cada una de las preguntas fuera entre 4 y 5 se considerará que su personalidad es de tipo A

¿Puede considerarse su personalidad tipo A?(Si) () (No) ()

Adherencia al tratamiento y disciplina:

¿Cómo toma el tratamiento?

- Siempre.....()
 Casisiempre.....()
 No lo toma.....()
 No sabe.....()

La disciplina.-La real academia de la lengua define la disciplina como una cualidad de la persona que hace que se someta a unas reglas, en este caso a cumplir aquellos aspectos considerados como saludables. La variable disciplina la hemos asociado a la adherencia al tratamiento⁸² . Creemos que una y otra van juntas. Se trata de conocer si la persona tiene una conducta disciplinada o pasiva. El paciente disciplinado es el mismo que cumple con el tratamiento y a su vez el que controla la H.T.A. La perseverancia es la virtud por la cual todas las otras virtudes dan frutos⁸³ .

¿ Cómo se considera al paciente?

Disciplinado.....()

Pasivo.....()

4.3.5. Covariables:

Autorrelajación: La Real Academia de la Lengua la define como la disminución del tono normal de una estructura ⁸⁴ principalmente la muscular, Fuster. V recomienda su práctica cuando se tiene estrés. A través de ésta práctica, se pretende que el paciente realice estos ejercicios en su vida diaria. Finalmente, el día de la evaluación, registraremos este dato para observar su influencia en la hipertensión.

Si.....()

No()

Practica otras actividades que le relajan:

Si.....()

No()

Otras covariables son: La edad, género, nivel de estudios, actividad laboral, estado civil y la posesión de esfigomanómetro para uso personal

4.3.6. ¿Dónde están las variables perturbadoras?

La tensión arterial como ya hemos dicho en otro punto, es un parámetro cambiante en lo que a cifras se refiere. A veces la tensión que tomamos en la consulta es muy distinta de las que trae el paciente, tomadas fuera de la consulta . La enfermera le ha explicado que la T.A. es distinta en cada momento y que responde a las diversas situaciones en las que nos encontramos.

La Dr. Fernández A, nefróloga del Hospital Ramón y Cajal dice que los únicos que siempre tienen la misma T.A. son los muertos. Desde este punto de vista, registramos la T.A. cuando consideremos que el paciente se siente relajado y en el caso que la T.A. tomada en consulta fuera muy distinta de las que trae, entonces se esperaría un rato más o se le citaría para otro día. Con ello deseamos dar un aspecto relevante a las tensiones que trae la persona y que se registran en su historia, estadísticamente se van a tener en consideración tanto las tensiones tomadas fuera del Ambulatorio como las que se toman en consulta . Con ello hemos cambiado la fisonomía de variable perturbadora por variable controlada El paciente se dará cuenta que esta cifra es siempre distinta, pero ellos saben que esta situación es normal.

4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis estadísticos se hicieron con el programa SPSS 12.0.

Para el primer objetivo:

Evaluar los aspectos relacionados con el control de la TA, siendo en primer lugar la evaluación del impacto de la Educación para la Salud (EpS) impartida por la enfermera sobre el control de la hipertensión

Se procederá a realizar un análisis probabilístico del Chi-cuadrado y de la T-Student, Anova y Kruskal Wallis, mediante el programa SPSS, cuya variable dependiente será el control o no control de la T.A. y cuya variable independiente explicativa principal será el "Tipo de EpS" (Experimental/Control), las covariables por las que se ajustará serán: "Cifra inicial de TA", edad, género, nivel académico, trabajo, estado civil, automedida, índice de masa corporal, perímetro de cintura/cadera, ejercicio físico, alcohol, relajación reglada / no reglada, Glucemia, Colesterol (LDL), y vida saludable, todas ellas son llamadas también variables independientes.

Para el segundo objetivo:

Evaluar el impacto de la Educación para la Salud (EpS) impartida por enfermería en la modificación de los estilos de vida: obesidad, índice cintura/cadera, sedentarismo, relajación, dieta cardio-saludable, tabaco y alcohol, cumplimiento de objetivos de modificaciones en el estilo de vida y fidelidad al tratamiento.

Se procederá a realizar porcentajes y análisis probabilístico del Chi-cuadrado y de la T-Student mediante el programa SPSS, cuya variable dependiente será "cambio estilos de vida", cumplimiento de objetivos y fidelidad al tratamiento. La

variable explicativa principal será la “Tipo de EpS” (Experimental/Control) o lo que es lo mismo la pertenencia al grupo A, B o C. Todas ellas son llamadas también variables independientes.

Para dar respuesta al tercer objetivo:

Evaluar el impacto del entorno y personalidad en el control de la hipertensión, así como, evaluar la influencia del género, convivencia, edad en la toma de alimentos recomendados y no recomendados

Buscar posibles explicaciones por las que las personas logran o no logran alcanzar los objetivos.

Se procederá a realizar porcentajes, análisis probabilístico del Chi-cuadrado y de la T-Student mediante el programa SPSS, y cuya variable dependiente será el control o no control del la T.A. y cuya variable independiente explicativa será la convivencia, vida familiar, cualificación laboral, la conducta la disciplina y fidelidad al tratamiento y su relación con el género, la edad, el estado civil, nivel académico y tipo de personalidad.

Para realizar comparaciones se construirá una tabla de 4x6 expresándose en una columna adyacente el nivel de significación.

Evaluación a los seis meses

| Variables | Con Control TA | Sin control TA | Nivel de significación (valor de p) |
|--|----------------|----------------|-------------------------------------|
| Vida familiar Convivencia Solo, pareja, Otra familia | | | |
| Actividad laboral Si cualificada No cualificada Tipo de personalidad A Si/No Disciplinado/a Si/No Fidelidad al tratamiento Si/No | | | |
| Género Mujer/Hombre | | | |
| Grupo edad < 50 años 51-70 años >70 años Estado civil Casado Soltero Viudo Divorciado | | | |
| Nivel académico Alto Medio Bajo | | | |

En la metodología de la actuación de la enfermería se establecerán dos estrategias cualitativas y complementarias de investigación: la encuesta y la entrevista en profundidad.

En la encuesta se utilizará un cuestionario específicamente para este estudio que contiene preguntas cerradas que pueden contestarse en 15 minutos y que se realiza a los tres grupos por igual. El primer día la enfermera realiza la valoración de paciente; entre ambos proyectan los objetivos a conseguir y planifican las actividades a realizar. Es por ello que realiza preguntas que hacen referencia a las variables sociodemográficas, otras hacen referencia a los hábitos alimenticios y hábitos de vida al finalizar el estudio le volverá a preguntar sobre sus hábitos alimenticios, hábitos de vida, su fidelidad al tratamiento y las posibles explicaciones por las que ha conseguido lograr vivir saludablemente o no. A su vez le ha cuestionado sobre la influencia que ha recibido de su familia, de su vida laboral y de su personalidad.

La entrevista en profundidad. se realizará en la consulta de enfermería en una cita previa. La enfermera ofrece y dispone de un protocolo impreso y a su vez una entrevista semiestructurada que la cumplimenta según protocolo y que se explica detalladamente en el apartado. ¿Cómo se registra la tensión arterial tomada en la consulta?

4.5. PROCEDIMIENTO DEL RESULTADO

El estudio se desarrolla según el protocolo que se explica en el grupo A, (anexo 1 pag 149) en el B (anexo 2 pag 151) en el C (anexo 3 pag 152).

4.6. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO

Para una diferencia esperada del 10% entre grupos con un nivel de confianza bilateral del 95% y una potencia estadística del 80%, una estimación de pérdidas del 10%, estimamos que son necesarios reclutar a 186 pacientes.

Consideramos que las diferencias entre unos resultados y otros, son significativas cuando nuestra probabilidad resulta menor de .05, ($p < 0,05$)

4.7. ¿CÓMO SE LLEVA A CABO?

Este trabajo se ha realizado en el desarrollo del Paradigma Enfermero teniendo como guía, el modelo enfermero de C. Roy en su teoría de adaptación.

La guía de trabajo ha sido el propuesto por el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).

Es difícil seguir al pie de la letra un modelo; cada uno nos aporta su eficacia para realizar proyecto, pero no totalmente. Sin lugar a dudas, trabajar con objetivos adaptándonos a la situación del paciente, resulta fundamental pero también consideramos importante el objetivo de seguir del paciente que sepa cuidarse por sí mismo como se proyecta en el modelo de D.Orem. Con ello queremos aclarar que el modelo seguido es el de C. Roy aunque incluimos también una idea de Dorotea Orem en la que da importancia al autocuidado, no olvidemos que consideramos importante que, el paciente sepa tomarse el mismo la T.A. No solo estudiaremos la labor profesional de la Enfermería encaminada a conseguir el control de la tensión arterial y demás factores de riesgo asociados sino enseñándole hábitos es inculcarle la adhesión al tratamiento sino que intentaremos saber los motivos por los que no logra conseguir los objetivos marcados entre la enfermera y el propio paciente⁸⁵. En la consulta, la enfermera le toma la tensión tres veces y registra la tensión media de las dos últimas tomas.

No podemos dejar de exponer que nosotros nos limitamos a transcribir lo que refiere el paciente. En ocasiones pueden no decir la verdad.

Creemos oportuno añadir que, la relación con los pacientes en general, es de concordia y de empatía. Intentamos que el paciente se sienta importante con nosotros; esto hace que nos resulte más fácil el trato con él. A veces nos encontramos con pacientes no cooperadores o incapaces para entender lo que les preguntamos.

Solamente nos falta añadir que si de una obra de teatro se tratara se titularía *la hipertensión y la salud* en ella, el paciente sería el actor y la enfermera sería la apuntadora para que entre todos obtener una magnífica representación.

4.8. LIMITACIONES

El sesgo ha sido el propio de todos los estudios con encuestas es, la no respuesta. La consulta de enfermería tiene un sesgo mínimo, sin embargo las conclusiones son en algún aspecto limitadas; no siempre hemos podido generalizar, pero es pronto para hablar de resultados y menos de conclusiones. La clave no está solo en el profesional sino en la persona y en el entorno.

4.9. GUIA DE RESULTADOS

- 1.- Datos sociodemográficos
- 2.- Influencia de aspectos que influyen sobre el control de la TA.
- 3.- Evaluación del impacto de la Educación para la Salud (EpS) impartida por la enfermería en la modificación de los estilos de vida.
- 4.- Evaluación del impacto del entorno y personalidad en el control de la hipertensión así como las posibles explicaciones por las que unas personas logran alcanzar los objetivos de salud y otros no.

I

QUINTA PARTE
ESTUDIOS REALIZADOS

ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA EDUCACIÓN Y EL CONTROL DE LA T.A. POR EL PROPIO INVESTIGADOR

El proceso de realización de este estudio viene avalado por el protocolo llamado de “ Hipertensión en casa” llevado a cabo desde el año 1.993. Los estudios realizados durante este periodo sobre la educación de la Enfermería y su vinculación a la salud han sido:

- *“Influencia de la educación de la enfermera en el paciente hipertenso”* Premiado por el Hospital Ramón y Cajal, Madrid (1993) M.A. Prieto.
- *“Programa de atención individualizada contra el perfil de riesgo Cardiovascular”*, Alicante 1.994, M.A. Prieto
- *“Influencia de la educación de la enfermera en la economía de paciente”*. Premiado por el equipo de Nefrología en el Congreso Nacional de Nefrología de Granada (1.995) M.A. Prieto.
- *“Influencia del tiempo en la educación del paciente hipertenso”* Congreso Nacional de Nefrología, Oviedo (1.996) M.A. Prieto.
- *“El holter como instrumento de diagnóstico al servicio del paciente hipertenso”*, el Congreso Nacional de Nefrología de Sevilla (1.998) M.A. Prieto.
- *“Evaluación de la educación en el paciente hipertenso después del primer año y del segundo año”* Presentado en el XXV Congreso Nacional de la SEDEN, Oviedo (2.000), M.A. Prieto
- *“La mujer se culturiza a favor del cuidado de su familia”* Congreso Nacional de Salud Mental, Granada (2001). M.A.Prieto.
- Exposición de *“La Consulta de Enfermería en Hipertensión y su vinculación al cuidado, a la investigación y docencia”*. Presentado en el Hospital Ramón y Cajal con motivo de su 25 aniversario. Madrid, (2003) M.A.Prieto.
- *“Influencia de los aspectos psicosociales en el paciente hipertenso”*. Expuesto en el congreso de Nefrología, Santa Cruz de Tenerife.(2004).

M.A. Prieto.

- *“Vinculación a los Modelos de Enfermería en el desarrollo de la educación en grupo en el paciente hipertenso”*. Congreso de Historia de la Enfermería, Zaragoza,(2005). M.A. Prieto.
- *“Estudio de los factores sociales, laborales y personales que influyen en la salud”*. Presentada en el XXIX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental.). M.A. Prieto. Tenerife 2.007. M.A. Prieto

SEXTA PARTE

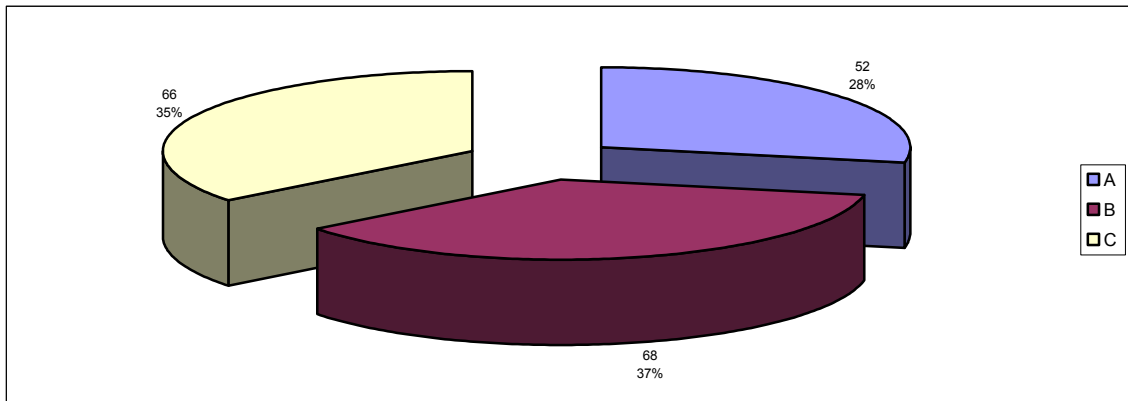
RESULTADOS

RESULTADOS

6.1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

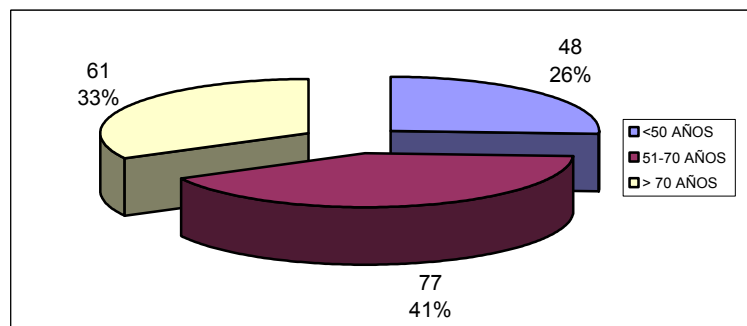
| GRUPO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|-------------------|-------------------|
| A | 52 | 28% |
| B | 68 | 37% |
| C | 66 | 35% |
| TOTAL | 186 | 100% |

GRUPOS



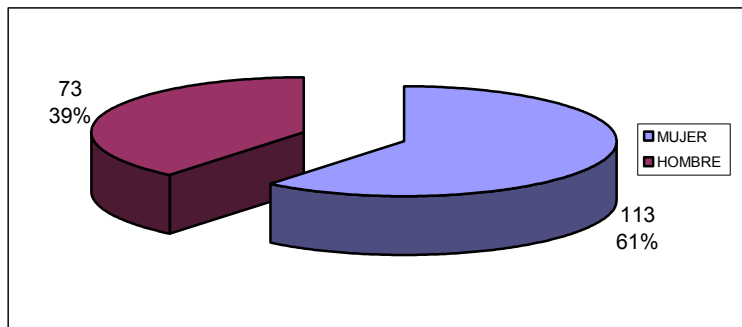
| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| < 50 AÑOS | 48 | 25% |
| 51-70 AÑOS | 77 | 41% |
| > 70 AÑOS | 61 | 34% |
| TOTAL | 186 | 100% |

EDAD



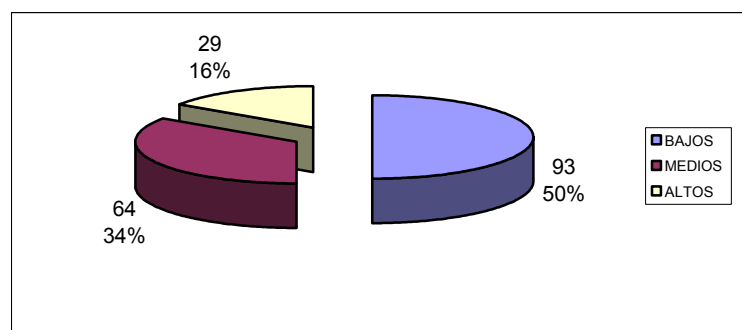
| <u>GÉNERO</u> | <u>FRECUENCIA</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|---------------|-------------------|-------------------|
| MUJER | 113 | 60% |
| HOMBRE | 73 | 40% |
| TOTAL | 186 | 100% |

GÉNERO



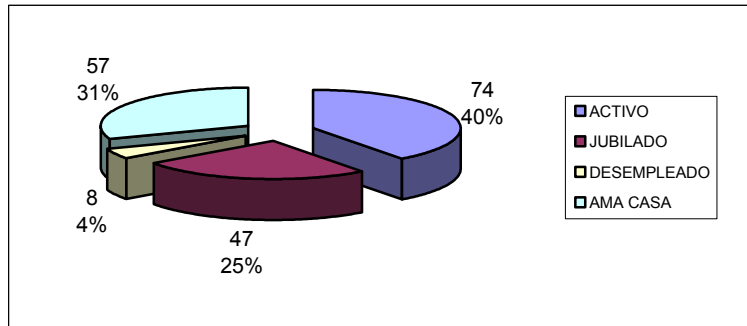
| <u>ESTUDIOS</u> | <u>FRECUENCIA</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| BAJOS | 93 | 50% |
| MEDIOS | 64 | 34% |
| ALTOS | 29 | 16% |
| TOTAL | 186 | 100% |

ESTUDIOS



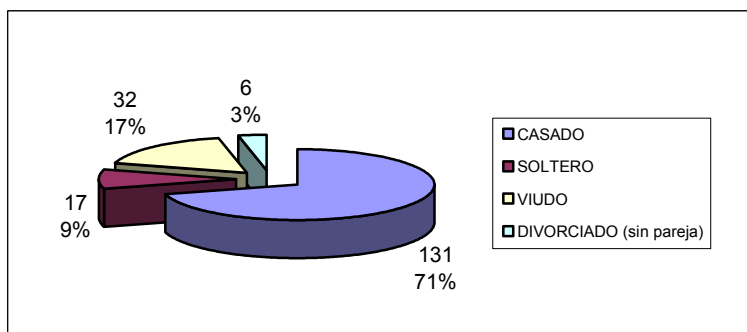
| <u>TRABAJO</u> | <u>FRECUENCIA</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|----------------|-------------------|-------------------|
| ACTIVO | 74 | 40% |
| JUBILADO | 47 | 25% |
| DESEMPLEADO | 8 | 4% |
| AMA CASA | 57 | 31% |
| TOTAL | 186 | 100% |

TRABAJO



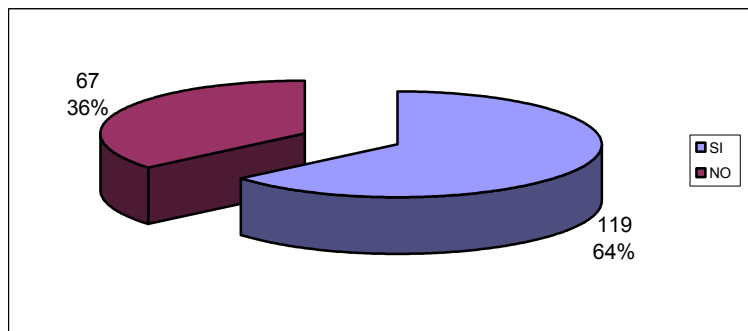
| <u>ESTADO CIVIL</u> | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|------------|-------------|
| CASADO | 131 | 70% |
| SOLTERO | 17 | 9% |
| VIUDO | 32 | 17% |
| DIVORCIADO (sin pareja) | 6 | 4% |
| TOTAL | 186 | 100% |

ESTADO CIVIL



| <u>APARATO TENSIÓN</u> | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| SI | 119 | 64% |
| NO | 67 | 36% |
| TOTAL | 186 | 100% |

AUTOMEDICIÓN



6.2 RESULTADOS DEL 1º OBJETIVO:

Evaluar los aspectos relacionados con el control de la TA, siendo en primer lugar la evaluación del impacto de la Educación para la Salud(EpS) impartida por la enfermera sobre el control de la hipertensión

¿Podremos contestar a estas preguntas?

¿Influye la Educación para la Salud (EpS) sobre el control de la hipertensión ?

¿ Influye la edad sobre el control de la hipertensión?

¿Influye el genero sobre el control de la hipertensión?

¿Influye el trabajo sobre el control de la hipertensión?

¿Influye del estado civil?

¿Influye la automedida de la T.A. por el paciente?

¿Influye el grado de Índice de Masa Corporal (IMC)?

¿Influye que el paciente logre disminuir el perímetro de cintura y cadera?

¿Influye el ejercicio físico?

¿Influye el alcohol?

¿Influye la relajación reglada y no reglada?

¿Influye que el paciente logre mejores controles de glucemia basal?

¿Influye que el paciente logre reducir el colesterol (LDL)?

¿Influye el logro de una vida saludable?

¿Influye la Educación para la Salud (EpS) en el control de la hipertensión?

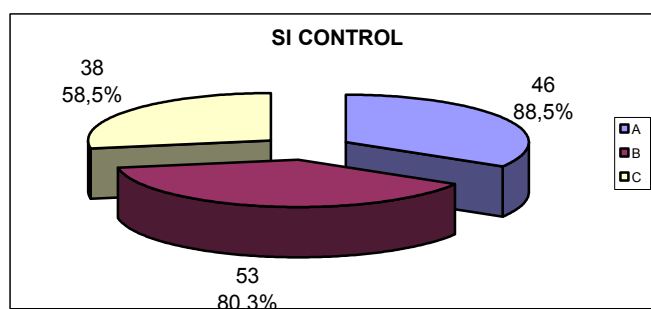
Se considera que el paciente pertenece al grupo de intervención A cuando recibe educación, al grupo de intervención B cuando recibe información y al grupo C cuando no recibe ni educación ni información (este grupo es considerado grupo de control)

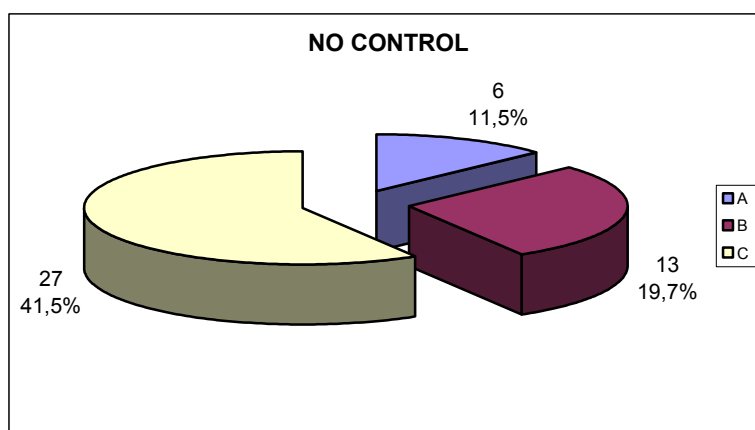
Se registra el grado de control después de 6 meses de intervención. Se considera que la persona tiene controlada la H.T.A. cuando su T.A. \leq 140/90.

Tabla 1. Porcentaje de pacientes que controlan la hipertensión según el grupo al que pertenecen.

| GRUPO | CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|-------|-------------|------------|-----------|
| A | 46 (88,5%) | 6 (11,5%) | 52 (100%) |
| B | 53 (80,3%) | 13 (19,7%) | 66 (100%) |
| C | 38 (58,5%) | 27 (41,5%) | 65 (100%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | 183(100%) |

Chi-2 valor 15,4, p= 0,000





Existe una influencia significativa entre los que reciben educación y el control de la hipertensión. El 88,5% del grupo A controla la hipertensión., 80,3% en el grupo B y 58,5% en el C. Puede apreciarse que los mejores resultados pertenecen al grupo A (educación), después los del grupo B (información) y por último los del grupo C (control).

¿Existen diferencias entre la TA basal y la TA a los 6 meses (TAS y TAD)?

Tabla 2 Evaluación del impacto de la educación para la salud sobre el control de la HTA, tanto la TAS como la TAD.

| GRUPO | TAS basal | TAS 6 meses | TAD basal | TAD 6 meses |
|----------|---|--|-------------------|---|
| A | 148± 25 | 127±10 | 86,± 13 | 75± 9 |
| B | 153,±12 | 129±12 | 86,±12 | 75±9 |
| C | 153±14 | 137±17 | 84±14 | 77±13 |
| | NOANOVA p= 0,151 KRUSKAL- WALLIS | ANOVA P= 0, 000 A y B P= 0,262 A y C p= 0,000 B y C p= 0,003 | ANOVA P = 0,69 | NO ANOVA P=0,202 KRUSKAL- WALLIS |

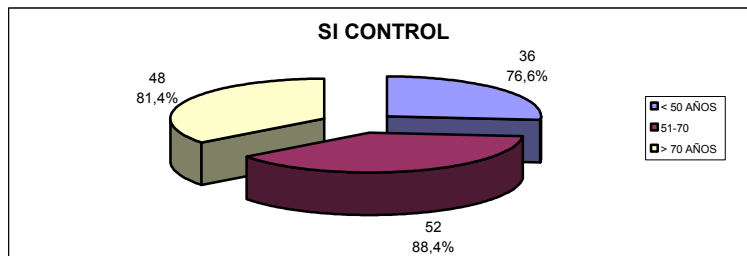
No existen diferencias significativas entre los grupos en la toma basal. Sin embargo, existe una diferencia significativa entre la TAS basal, a los 6 meses en el grupo A respecto al C, y entre el B y C . Ello nos lleva a pensar que tanto la educación como la información influyen favorablemente en el control de la TAS. No se observaron diferencias con respecto la TAD

¿Influye la edad en el control de la hipertensión?

Tabla 3 Influencia de la edad sobre el control de la hipertensión

| EDAD | CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|--------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| < 50 AÑOS | 36 (76,6%) | 11 (23,4%) | 47 (100,0%) |
| 51-70 AÑOS | 52 (68,4%) | 24 (31,6%) | 76 (100,0%) |
| > 70 AÑOS | 48 (81,4%) | 11 (18,6%) | 59 (100,0%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | 183 (100,0) |

Chi-2 valor 3,4, p= 0,33 (NS)



No existe una influencia significativa entre la edad y el control de la hipertensión.

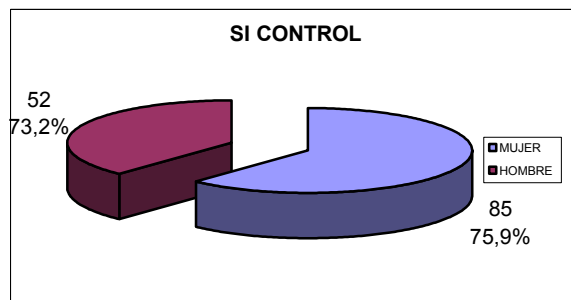
¿Influye el género en el control de la hipertensión ?

Tabla 4 Influencia del género sobre el control de la hipertensión

| GÉNERO | CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|--------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| MUJER | 85 (75,9%) | 27 (24,1%) | (100,0%) |
| HOMBRE | 52 (73,2%) | 19 (26,8%) | (100,0%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | (100,0%) |

Chi-2 valor 0,16, p = 0 ,73 (NS)

GÉNERO-CONTROL HTA



No existe una influencia significativa entre el género y el control de la hipertensión.

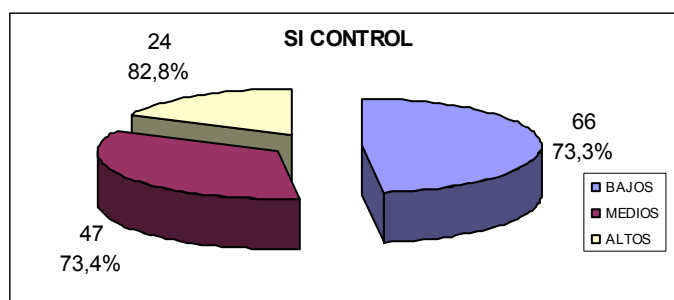
¿Influye el nivel de estudio en el control de la hipertensión?

Tabla 5 Influencia del nivel de estudio en el control de la hipertensión

| | CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| BAJOS | 66 (73,3%) | 24 (26,7%) | 90 (100,0%) |
| MEDIOS | 47 (73,4%) | 12 (26,6%) | 64 (100%) |
| ALTOS | 24 (82,8%) | 5 (17,2%) | 29 (100%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | 183 (100%) |

Chi-2 valor 1,14, p= 0,56 (NS)

ESTUDIOS-CONTROL HTA



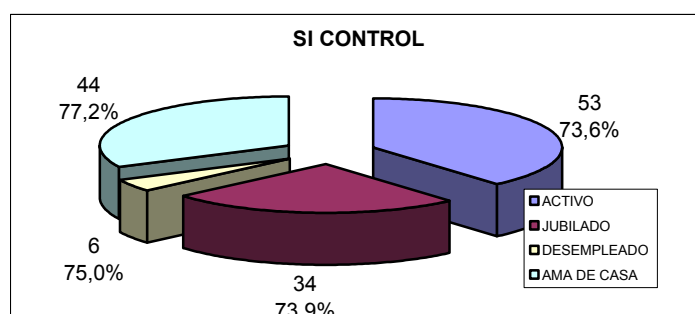
No se encontró relación significativa entre el nivel de estudios y el control de la hipertensión, aunque parece observarse cierta tendencia a que los pacientes con nivel cultural bajo tienen peor control.

¿Influye la actividad laboral en el control de la hipertensión?

Tabla 6 Influencia de la actividad laboral sobre el control de la hipertensión

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| ACTIVO | 53 (73,6%) | 19 (26,4%) | 72(100%) |
| JUBILADO | 34 (73,9%) | 12 (26,1 %) | 46 (100%) |
| DESEMPLEADO | 6 (75,0%) | 2 (25,0%) | 8 (100%) |
| AMA CASA | 44 (77,2%) | 13 (22,8%) | 57 (100%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | 183(100%) |

Chi-2 p= 0,634 (NS)



No existe una diferencia significativa entre la actividad laboral y el control de la hipertensión.

¿Influye el estado civil en el control de la hipertensión?

Tabla 7 Influencia del estado civil sobre el control de la hipertensión

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|-------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| CASADO | 100 (76,9%) | 30 (23,1%) | 130 (100,0%) |
| SOLTERO | 10 (62,5%) | 6 (37,5%) | 16 (100,0%) |
| VIUDO | 22 (68,8%) | 10 (31,3%) | 32 (100,0%) |
| DIVORCIADO | 5 (100,0%) | 0 (0%) | 5 (100,0%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | 183 (100,0%) |

T- Student $p= 0,27$ (NS)

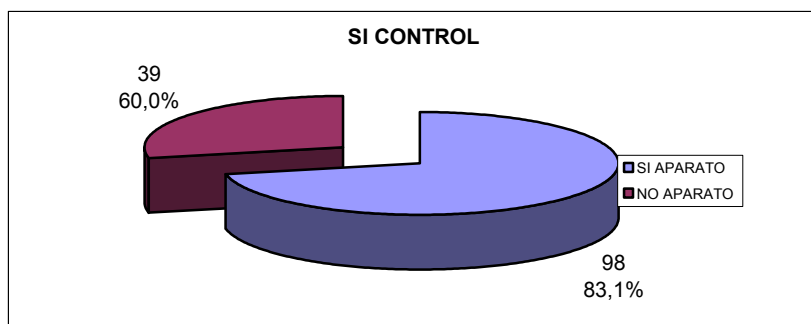
No existe una diferencia significativa entre el estado civil y el control de la hipertensión.

¿Influye la automedida de la TA por el paciente en el control de la hipertensión?

Tabla 8 Influencia de la automedida de TA por el paciente en el control de la hipertensión

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|-------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| SI APARATO | 98 (83,1%) | 20 (16,9%) | 118 (100,0%) |
| NO APARATO | 39 (60,0%) | 26 (40,0%) | 65 (100,0%) |
| TOTAL | 137 (74,9%) | 46 (25,1%) | 183 (100,0%) |

Chi-2 valor 11,83, $p= 0,001$



Existe una influencia significativa a favor de las personas que poseen aparato para tomarse la tensión. Desde el inicio de la consulta de enfermería en 1993 se ha venido recomendando que el paciente se tome él mismo la T.A con el fin de responsabilizar al enfermo en su tratamiento y evitar el tan conocido efecto de “bata blanca”.

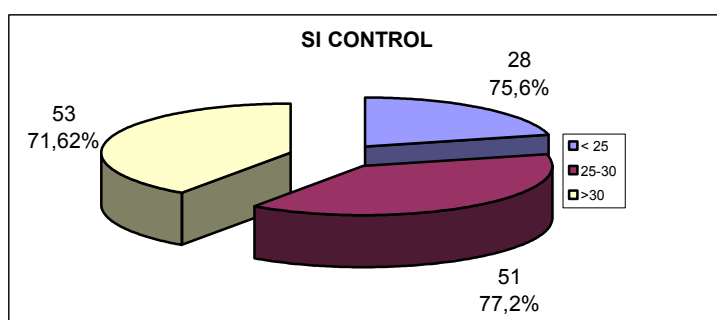
¿Influye el I.M.C. en el control de la hipertensión ?

Tabla 9 Influencia del grado del I.M.C. sobre el control de la hipertensión

| GRADO I.M.C | CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| < 25 | 28 (75,6 %) | 9 (24,4%) | 37 (100,0%) |
| 25-30 | 51 (77,2%) | 15 (22,8%) | 66 (100%) |
| > 30 | 53 (71,62%) | 21 (28,38%) | 74 (100%) |

Chi-2 valor 0,61 p= 0,073

IMC-HIPERTENSIÓN



No existe una influencia significativa entre el I.M.C. y el control de la hipertensión.

¿ Influye el índice del perímetro de cintura/ cadera en el control de la hipertensión?.

Se considera satisfactorio cuando la fracción entre el perímetro de cintura cadera es < 1 , esta relación se ha realizado con los pacientes al finalizar los seis meses.

Tabla 10.1.1 Control de la hipertensión respecto del índice cintura/cadera en la mujer.

| MUJER | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------|------------|------------|--------------|
| SATISFACTORIO | 80 (75,5%) | 26 (24,5%) | 106 (100,0%) |
| NO SATISFACTORIO | 3 (75,0%) | 1 (25,0%) | 4 (100,0%) |
| TOTAL | 83 (75,5%) | 27(24,5%) | 110 (100,0%) |

No se puede introducir el Chi-2 por existir valores inferiores a 5, sin embargo se observa una gran relación entre el resultado satisfactorio del índice Cintura/Cadera (<1). de un 75,5% de buenos controles frente a un 24,5% de malos controles de la hipertensión.

Tabla 10.1.2 Control de la hipertensión respecto del índice cintura/cadera en el hombre.

| HOMBRE | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------|------------|------------|-----------|
| SATISFACTORIO | 40 (71,4%) | 16 (28,6%) | 56 (100%) |
| NO SATISFACTORIO | 10 (90,9%) | 2 (9,1%) | 12 (100%) |
| TOTAL | 50 (73,5%) | 18 (26,5%) | 68 (100%) |

No se puede introducir el Chi-2 por existir valores inferiores a 5, sin embargo se observa una gran relación entre el resultado satisfactorio del índice Cintura/Cadera (<1). de un 71,4% de buenos controles frente a un 28,65% de malos controles de la hipertensión.

Tabla 10.2.1 Control de la hipertensión respecto de la cintura en las mujeres, los valores se expresan en centímetros comparando el inicio con los 6 meses.

| MUJERES | SI CONTROL | NO CONTROL | |
|-----------------------|------------|------------|---------------------------------|
| PRECINTURA (inicio) | 92± 11 | 95±12 | P=0,22 |
| POSTCINTURA (6 meses) | 85±11 | 88± 9 | P=0,32 |
| | N=83 | N=27 | T-Student independent-sample |

No existe una diferencia significativa entre el perímetro de cintura basal y a los 6 meses y el control de la HTA. Sin embargo tanto los que controlaron la HTA como los que no la controlaron disminuyeron su perímetro de cintura en las mujeres.

Tabla 10.2.2 Control de la hipertensión respecto de la cintura en los hombres entre el perímetro inicial y a los 6 meses.

| HOMBRES | SI CONTROL | NO CONTROL | |
|-----------------------|------------|------------|---------------------------------|
| PRECINTURA (inicio) | 102±10 | 100±17 | P=0,498 |
| POSTCINTURA(6 meses) | 100±17 | 100±9 | P=0,894 |
| | N=50 | N=18 | T-Student independent-sample |

No existe una diferencia significativa entre el perímetro de cintura basal y a los 6 meses y el control de la HTA. Sin embargo tanto los que controlaron la HTA disminuyeron más de perímetro que los que no lograron controlarla.

Tabla 10.3 Control de la hipertensión respecto de la cintura en toda la muestra tomando los seis meses para su comparación.

| | SI CONTROL | NO CONTROL | |
|-------------|------------|------------|---------------------------------|
| PRECINTURA | 96±11 | 97±11 | P=0,501 |
| POSTCINTURA | 92±14 | 93±11 | P=0,607 |
| | N=133 | N=45 | T-Student independent-sample |

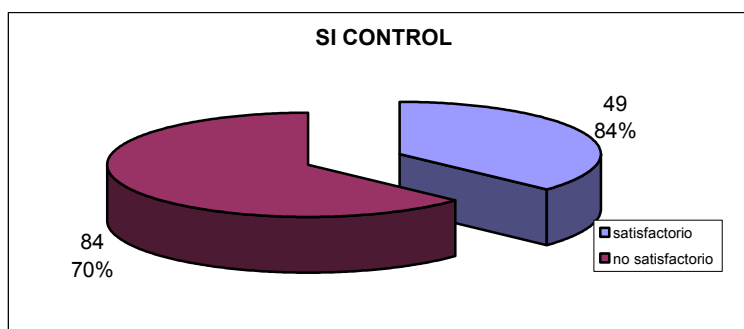
No existe una diferencia significativa entre el perímetro de cintura basal y a los 6 meses y el control de la HTA. Sin embargo tanto los que controlaron la HTA como los que no lo consiguieron disminuyeron de perímetro.

¿ Influye la disminución del perímetro de cintura en el control de la hipertensión, tomando los 6 meses para su evaluación?.

Tabla 10.4.1 Control de la hipertensión respecto de la cintura.

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------|-------------------|-------------------|------------|
| SATISFACTORIO | 49 (84,5%) | 9 (15,5%) | 58 (100%) |
| NO SATISFACTORIO | 84 (70,0%) | 36 (30,0%) | 100 (100%) |
| TOTAL | 133 (74,7%) | 45 (25,3%) | 178 (100%) |
| | (media)1,63±0,49 | (media)1,80±0,40 | P= 0,000 |

CINTURA E HIPERTENSIÓN



Se considero como satisfactorio aquellos pacientes que lograron reducir su perímetro de cintura, lo mismo hicimos con el perímetro de cadera. Se vio que existe una relación muy significativa entre los que consiguieron disminuir y el control de la H.T.A.

¿ Influye la disminución del perímetro de cadera en el control de la hipertensión, tomando los 6 meses para su evaluación?.

Tabla 10.4.2 Control de la hipertensión respecto de la cadera.

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------|-------------|------------|---|
| SATISFACTORIO | 56 (88,9%) | 7 (11,1%) | 63 (100,0%) |
| NO SATISFACTORIO | 77 (67,0%) | 38 (33,0%) | 115 (100,0%) |
| TOTAL | 133 (74,7%) | 45 (25,3%) | 178 (100,0%) |
| | 1,58±0,50 | 1,84±0,36 | P= 0,001 T-Student independent-sample |

Existe una relación muy significativa entre los que consiguieron resultados satisfactorios, quiere decir disminuir su perímetro de cintura y el control de la H.T.A.

Tabla 10.4.3 Control de la hipertensión respecto de la cadera en mujeres.

| MUJERES | SI CONTROL | NO CONTROL | |
|----------------|------------|-------------|---------------------------------|
| CADERA BASAL | 103,59± 16 | 107,027± 11 | P=0,304 |
| CADERA 6 MESES | 104,86±10 | 108,92±11 | P=0,085 |
| | N=82 | N=27 | T-Student independent-sample |

No existen diferencias significativas tanto los que controlaron su HTA. como los que no la controlaron aumentaron el perímetro de cadera, sin embargo se observa que los que lograron controlar la HTA, tenían un perímetro menor que los que no la controlaron.

Tabla 10.4.3 Control de la hipertensión respecto de la cadera en hombres.

| HOMBRES | SI CONTROL | NO CONTROL | |
|----------------|------------|------------|--------|
| CADERA BASAL | 106 ±15 | 109±17 | P=0,46 |
| CADERA 6 MESES | 105±15 | 173±26 | P=0,07 |
| | N=50 | N=18 | |

No existen diferencias significativas entre los perímetros de cadera basales y a los 6 meses respecto del control de la HTA, aunque el perímetro de los hombres se redujo en los que controlaron la HTA.

¿Influye el aumento del perímetro de cadera en el grupo de enfermos no controlados?

Tabla 10.4.4 Mal control de la hipertensión respecto del aumento de la cadera

| | SI CONTROL | NO CONTROL | |
|-------------------|----------------------|----------------------|---|
| PRECADERA | (media)104,56±16,04 | (media)107,84±10,02 | P= 0,112 |
| POSTCADERA | (media)105,69±9,20 | (media)110,17±10,89 | P= 0,016 T-Student independent-sample |
| | N=132 | N=45 | |

No existen diferencias significativas inicialmente, sin embargo si existen diferencias significativas al finalizar el estudio, observándose como los pacientes que aumentaron más el perímetro de cadera fueron los que no controlaron la T.A. ,evidenciando la relación entre el aumento del perímetro de cadera y el mal control de la T.A.

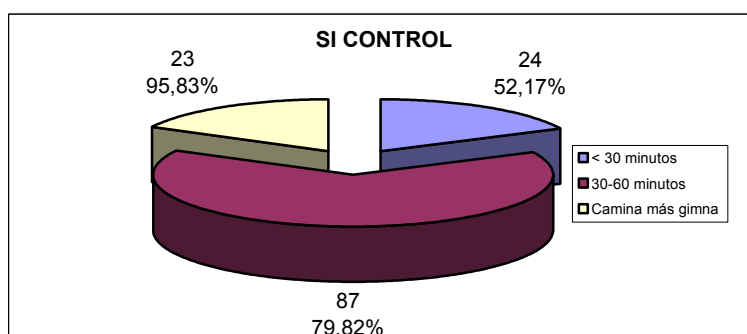
¿Influye el ejercicio físico en el control de la hipertensión ?

Tabla 11.1 Influencia del ejercicio físico sobre el control de la hipertensión

| Ejercicio diario | CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Camina < 30 minutos | 24 (52,17%) | 22 (47,83 %) | 46 (100,%) |
| Camina >30-60 minutos | 87 (79,82%) | 22 (20,18%) | 109 (100%) |
| Camina 30-60 min + gimnasia | 23 (95,83%) | 1 (4,17%) | 24 (100%) |
| Total | 134 (100,0%) | 45(100,0%) | 179 (100,0%) |

Chi-2 valor 19,6, p=0,000

EJERCICIO FÍSICO- HIPERTENSIÓN



Existe una relación muy significativa entre la práctica de ejercicio y el buen control de la hipertensión, siendo más evidentes estos resultados en los pacientes que caminan más de 30 minutos al día.

Tabla 11.2 Relación entre la edad y el ejercicio físico.

Registro realizado al finalizar los seis meses.

| Ejercicio diario | < 50 años | 51-70 años | > 70 años |
|---------------------|------------|------------|------------|
| Nunca | 1 (2,8%) | 3(5,8%) | 1 (2,2%) |
| Camina < 30 minutos | 3 (8,3%) | 9 (17,3%) | 7 (15,2%) |
| Camina >30 minutos | 13 (36,2%) | 16 (30,8%) | 18 (37,0%) |
| Camina 60 minutos | 13 (36,1%) | 14 (26,9%) | 13 (28,3%) |
| Camina + gimnasia | 6 (13,9%) | 10 (19,2%) | 8 (17,4%) |
| Total | 36 (100%) | 52(100%) | 47 (100%) |

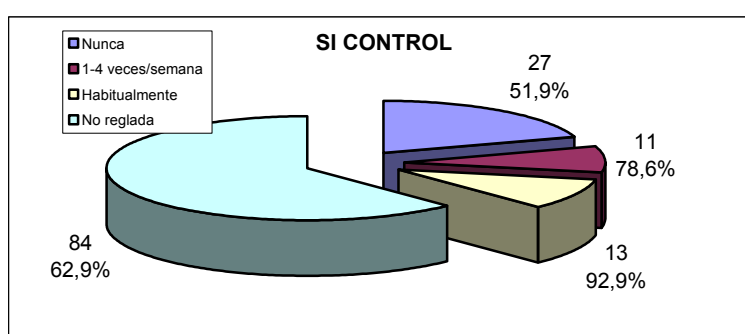
No se puede introducir Chi-cuadrado por existir valores inferiores a 5, sin embargo quizá podemos encontrar la explicación por la que la edad no influye en el buen control de la hipertensión. La persona > 70 años es la que más camina y es este aspecto en el que nos apoyamos para encontrar explicaciones a los datos encontrado. **Estos resultados representan los pacientes de la muestra en esta situación y en este contexto**

¿Influye la práctica de relajación en el control de la hipertensión?

Tabla 12 Influencia de la práctica de relajación sobre el control de la hipertensión.

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Nunca | 27 (51,9%) | 25 (48,1%) | 52 (100,0%) |
| 1-4 veces/semana | 11 (78,6%) | 3 (21,4%) | 14 (100,0%) |
| Habitualmente | 13 (92,9%) | 1 (7,1%) | 14 (100,0%) |
| No reglada | 84 (62,9%) | 16 (37,1%) | 100 (100,0%) |
| TOTAL | 135 (100,0%) | 45 (100,0%) | 180 (100,0%) |

Chi-2 valor 24,5, p=0,000



Existen diferencias significativas entre cada una de las categorías. Se observa un mayor grado de control en los pacientes que hacen relajación cada día, por otra parte se puede observar también la influencia de la relajación que hemos llamado no reglada, estas personas toman esta relajación como forma de vida.

¿Influye el alcohol en el no control de la hipertensión?

Tabla 13. Influencia del alcohol sobre el control de la hipertensión.

| | NO ALCOHOL | SI ALCOHOL | TOTAL | |
|--------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------------------|
| SI CONTROL | 125 (77,2%) | 10 (55,6%) | 135 (100%) | |
| NO CONTROL | 37 (22,8%) | 8 (44,4%) | 45 (25,0%) | |
| TOTAL | 162 (100%) | 18 (100%) | 180 (100%) | Valor 4,0 P= 0,045 |

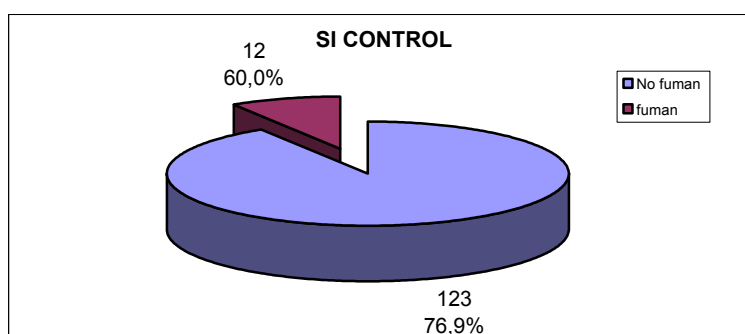
Chi-2 valor 4,0, p=0,045

Existen diferencias significativas entre los que no beben y beben y el no control de la hipertensión tanto inicialmente como a los 6 meses

¿Influye el tabaco en el control de la hipertensión?

Tabla 14 Influencia del tabaco sobre el control de la hipertensión.

| | NO FUMAN | FUMAN | TOTAL | |
|------------|-------------|------------|------------|---------|
| SI CONROL | 123 (76,9%) | 12 (60,0%) | 135(75,0%) | |
| NO CONTROL | 37(23,1%) | 8(40,0%) | 45(25%) | |
| TOTAL | 160(100,0%) | 20(100,0%) | 180 (100%) | P=0,002 |



Existe una relación significativa entre el fumar y el control de la H.T.A., este registro se hizo con los datos recogidos al finalizar el estudio.

¿ Influye los resultados satisfactorios de glucemia en el control de la hipertensión?

Tabla 15 Control de la hipertensión respecto de la glucemia en el total de la muestra.

Considerándose los niveles de glucemia entre 70-110 mg/ dl como normal, se ha considerado satisfactorio cuando estando en una cifra superior a esta, ha logrado disminuir la cifra.

Resulta importante considerar que ninguno de los pacientes era diabético con lo que la importancia de este dato puede considerarse de menos relevancia que otros.

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| SATISFACTORIO | 102(76,1%) | 32 (23,9%) | 134 (100%) |
| NO SATISFACTORIO | 25 (65,8%) | 13 (34,2%) | 38 (100%) |
| TOTAL | 127 (7,8%) | 45 (26,2%) | 172 (100%) |
| | (media)1,27±0,95 | (media)1,29±0,46 | |

P=0,084

No existen diferencias significativas entre los que consiguen reducir la glucemia y el control de la hipertensión.

¿ Influye los resultados satisfactorios de colesterol LDL en el control de la hipertensión?.

Se consideraron satisfactorios los resultados <160mg/dl e insatisfactorios los ≥ de 160 mg/dl

Tabla 16 Control de la hipertensión respecto del colesterol LDL.

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| <160 | 113 (78,5%) | 31 (21,5%) | 144 (100,0%) |
| =>160 | 24 (61,5%) | 135(38,5%) | 39 (100,0%) |
| TOTAL | 137(74,9%) | 46 (25,1%) | 183 (100,0%) |
| | | | P= .028 |

Chi-2 p=0,028

Existen diferencias significativas entre los que consiguen reducir el colesterol LDL y el control de la HTA.

| | PRECOLESTEROL | POSCOLESTEROL |
|--------------|------------------|---------------------|
| A | 136,47±25 | 131,31±25 |
| B | 126,82±28 | 124,95±24 |
| C | 126,55±21 | 126,42±23 |
| TOTAL | 129,20±47 | 127,14±23 |
| | | P=0,085 (NS) |

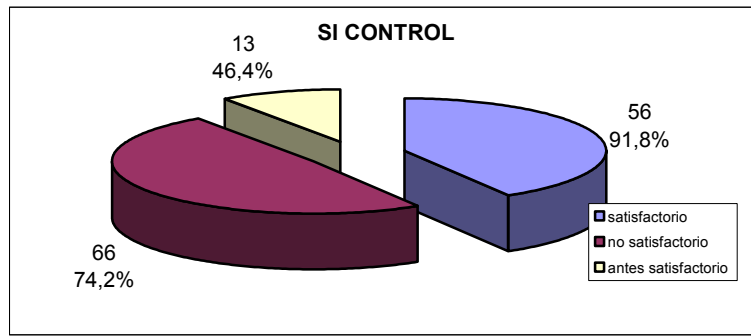
No existe una asociación significativa en el control del LDL y el grupo al que pertenecen, sin embargo los del grupo A consiguieron unos resultados mejores que los del B y este mejores que los del C.

¿Influye la vida saludable en el control de la hipertensión?

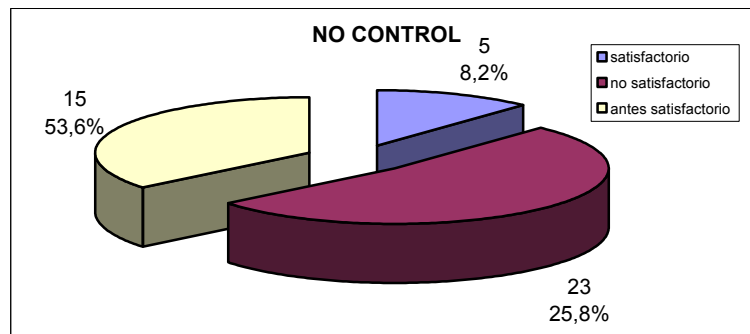
Habiéndose catalogado como satisfactorio aquellos que cumplen el 50% , de los aspectos que incluye una vida saludable o más de las modificaciones deseadas tanto por la enfermera como las del paciente, los resultados dicen así:

Tabla 17 Influencia de la vida saludable en el control de la hipertensión

| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| SATISFACTORIO | 56 (91,8%) | 5 (8,2%) | 61(100,0%) |
| NO SATISFACTORIO | 66 (74,2%) | 23 (25,8%) | 89 (100,0%) |
| ANTERIORMENTE SATISFACTORIO | 13 (46,4%) | 15 (53,6%) | 28 (100,0%) |
| TOTAL | 135 (75,8%) | 43 (24,2%) | 178(100,0%) |
| | 1,68±0,64 | 2,23± 0,64 | P=.000 |



Existe una relación muy significativa entre el llevar una vida saludable y el control de la H.T.A.



6.3 RESULTADOS DEL 2º OBJETIVO:

Evaluar el impacto de la Educación para la Salud (EpS) impartida por enfermería en la modificación de los estilos de vida: obesidad, sedentarismo, relajación, dieta cardiovascular saludable, tabaco y alcohol

¿Podremos contestar a estas preguntas?

¿Influye la educación en el descenso del IMC?

¿Influye la educación en la pérdida de peso ?

¿Influye la educación sanitaria en la modificación del perímetro de la cintura?

¿Influye la educación sanitaria en la modificación del perímetro de la cadera?

¿Influye de la educación sanitaria en la realización del ejercicio físico?

¿Influye de la educación sanitaria en la practica de relajación?

¿Influye la educación sobre la salud en la dieta de alimentos recomendados?

¿Influye la educación en la dieta de alimentos no recomendados?

¿Influye la educación sanitaria en el consumo de tabaco?

¿Influye la educación sanitaria en el consumo de alcohol en la vida saludable?

¿Influye la educación para la salud en el cumplimiento de los objetivos de modificación en el estilo de vida?

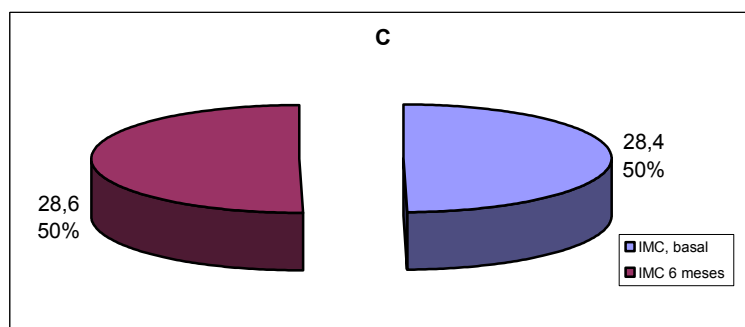
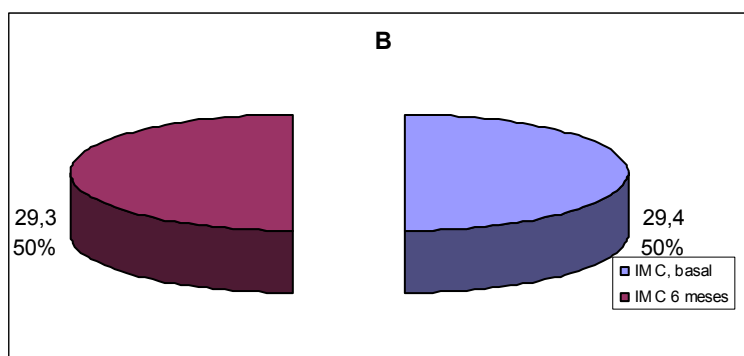
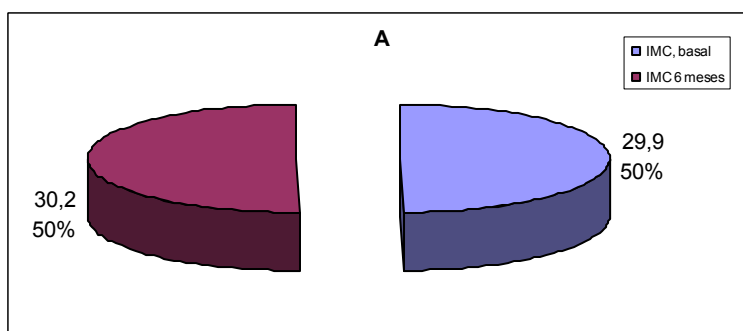
¿Influye la educación en el descenso del IMC?

Tabla 18.1 Influencia de la educación para la salud sobre el descenso del IMC.

| | I.M.C. basal | I.M.C. 6 meses | RESULTADOS |
|----------|--------------|----------------|------------|
| A | 29,9±5,6 | 30,2± 4 | p=.82 |
| B | 29,4±4,5 | 29,3±4 | p=.74 |
| C | 28,41±4,3 | 28,65±4,6 | p=.15 |

No existen influencias significativas en los resultados en el descenso del IMC

Se ha profundizado en la pérdida de peso y se ha llegado a los resultados indicados en la siguiente tabla.

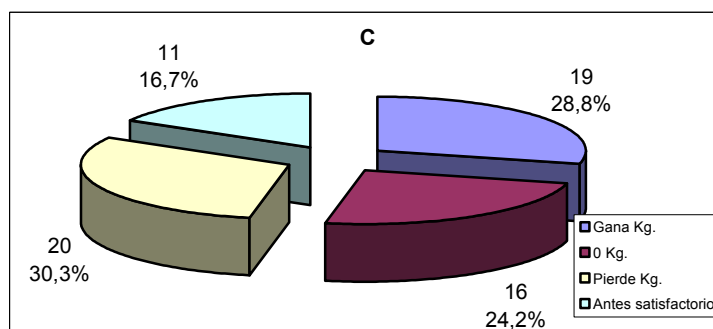
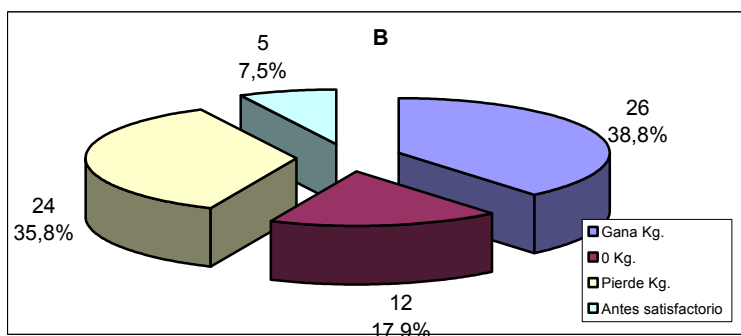
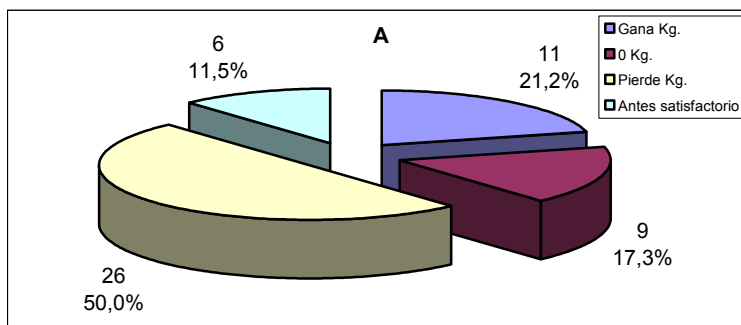


¿Influye la educación en la pérdida de peso ?

Tabla 18.2 Observación detallada de la educación para la salud sobre el descenso del peso.

| | Gana kg. | 0 kg. | Pierde peso | Antes satisfactorio | Total |
|--------------|------------|------------|-------------|---------------------|------------|
| A | 11 (21,2%) | 9(17,3%) | 26 (50,0%) | 6 (11,5%) | 52(100%) |
| B | 26(38,8%) | 12(17,9%) | 24(35,8%) | 5(7,5%) | 67 (100%) |
| C | 19(28,8%) | 16(24,2%) | 20 (30,3%) | 11(16,7%) | 66 (100%) |
| Total | 56 (30,3%) | 37 (20,0%) | 70 (37,8%) | 22(11,9%) | 185 (100%) |

Chi-2 valor 9,48, p=0,148



Hemos tomado como mayor indicador el grupo que consigue mayor número de personas que pierden kilos y es el grupo A, seguido del B y finalmente el C, aunque no es una relación significativa. Obsérvese en la tabla 18 como en el peso basal del grupo C es el de mayor número de personas con un IMC < 25 y a su vez es el de los más jóvenes, quiere decir que existe una influencia entre la edad y el peso inicial.

¿Influye la educación sanitaria en la modificación del perímetro de la cintura?

Tabla 19 Influencia de la educación para la salud sobre la modificación del perímetro de cintura medido desde el grado de satisfacción al finalizar el estudio.

| | A | B | C | Total |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Satisfactorio | 21 (36,2%) | 14(24,1%) | 23 (39,7%) | 58 (100%) |
| No satisfactorio | 29 (24,1%) | 50 (41,7%) | 41 (34,2%) | 120 (100%) |
| Total | 50 (28,1%) | 64 (36,0%) | 64 (35,9%) | 178 (100%) |

Chi-2 valor 5,68,32, p=0,058 (NS)

No existe una relación significativa entre la disminución del perímetro de cintura y la educación o lo que es lo mismo, al grupo que pertenecen.

¿Influye la educación sanitaria en la modificación del perímetro de la cadera?

Tabla 20 Influencia de la educación para la salud sobre la modificación del perímetro de cadera.

| | A | B | C | Total |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Satisfactorio | 25 (39,6%) | 18 (28,6%) | 20 (31,7%) | 63 (100%) |
| No satisfactorio | 26(22,6%) | 45 (39,1%) | 44 (38,3%) | 115 (100%) |
| Total | 51(28,6%) | 63 (35,4%) | 64 (36,0%) | 178 (100%) |

Chi-2 valor 5,90, p=0,052 (NS)

No existe una relación significativa entre la disminución del perímetro de cadera y la educación o lo que es lo mismo, al grupo que pertenecen, aunque los resultados son mejores en el grupo A seguidos por el C y finalmente el B.

¿Influye la educación sanitaria en la realización del ejercicio físico?

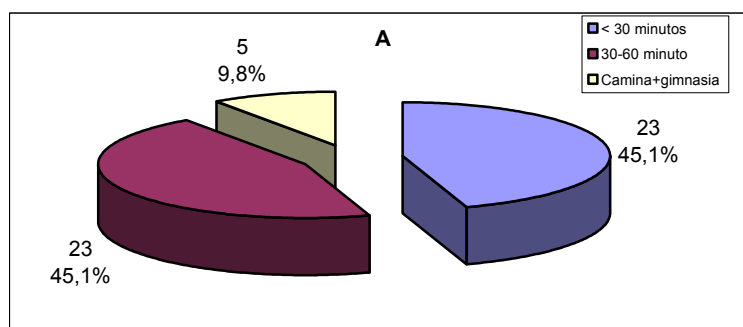
Tabla 21 Diferencia entre en la práctica de ejercicio físico al inicio y a los seis meses del estudio

| | Basal | | | | 6 Meses | | | |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | < 30 minuto | 30-60 minutos | Ca más gimnasia | Total | < 30 min | 30-60 | Ca mas gimnasia | Total |
| A | 23 (45,1%) | 23(45,1 %) | 5(9,8%) | 51(100%) | 5 (9,8%) | 32(62,7%) | 14(27,5%) | 51(100%) |
| B | 34(52,3%) | 30 (46,1%) | 1(1,6%) | 65 (100%) | 20(31,7%) | 40 (61,6%) | 5 (7.7%) | 65(100%) |
| C | 32 (50,0%) | 28 (43,8%) | 4 (6,2%) | 64 (100%) | 21(32,8%) | 37 (57,8%) | 6 (9,4%) | 64(100%) |
| Total | 89(49,4%) | 81(45,0%) | 10(5,6%) | 180(100%) | 46(25,6%) | 109(60,6%) | 25 (13,8%) | 180(100%) |

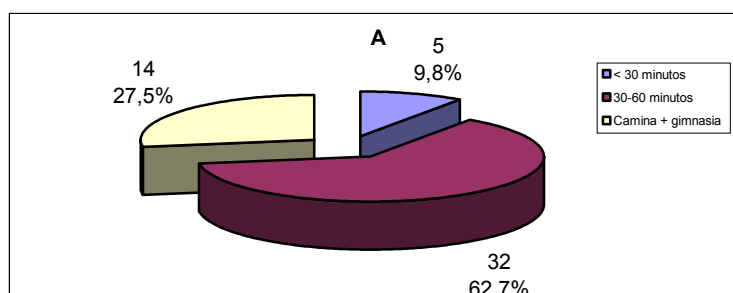
Chi-2 valor 8,82, p=0,456

Chi-2 valor 17,6,p=0,001

EJERCICIO AL INICIO



EJERCICIO A LOS SEIS MESES



Existe una relación muy significativa entre la pertenencia a un grupo u otro y la realización de ejercicio físico, a su vez en el primer objetivo vimos como existía una relación significativa entre el ejercicio y el buen control de la hipertensión

¿Influye de la educación sanitaria en la practica de relajación?

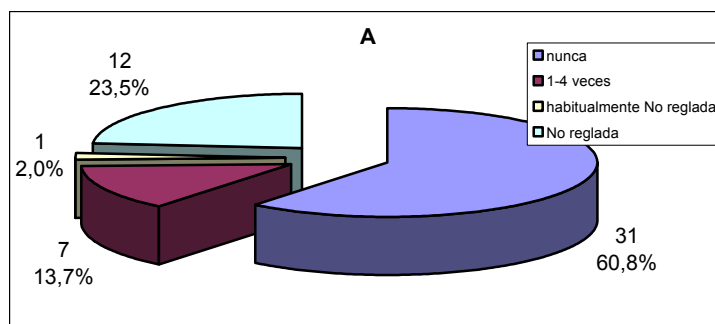
Tabla 22 Diferencia entre en la práctica de relajación al inicio (basal) y a los seis meses del estudio.

| Basal | | | | | 6 meses | | | | | |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | Nunca | 1-4 veces/s | Habitualmente | No reglada | | nunca | 1-4 veces/s | Habitualmente | No reglada | Total |
| A | 31(60,8%) | 7(13,7%) | 1(2,0%) | 12(23,5%) | A | 5(9,8%) | 6(11,8%) | 10(19,6%) | 30(58,8%) | 51(100%) |
| B | 32(49,0%) | 5(8,0%) | 0(0%) | 28(43,0%) | B | 24(36,9%) | 5(7,7%) | 2(3,0%) | 34(52,3%) | 65(100%) |
| C | 29(45,3%) | 1(1,5%) | 2(3,1%) | 31(49,1%) | C | 23(35,9%) | 3(4,7%) | 2(3,1%) | 36(56,3%) | 64(100%) |
| Total | 92 (100%) | 13 (100%) | 4 (100%) | 71 (100%) | 180 | 52(100%) | 14 (100%) | 14 (100%) | 100 (100%) | 180(100%) |

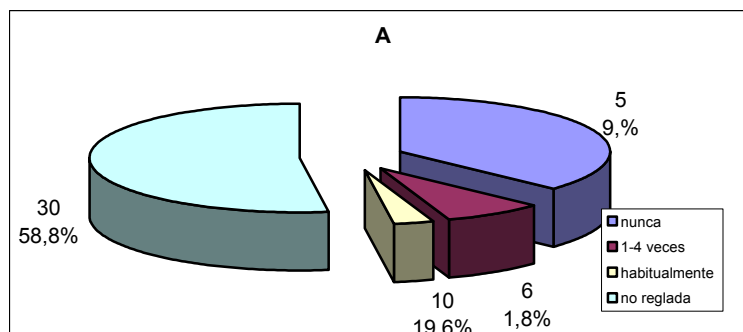
Chi-2 valor 19,24, p=0,037

Chi-2 valor 38,61, p= 0,000

PRÁCTICA RELAJACIÓN AL INICIO



PRÁCTICA RELAJACIÓN A LOS 6 MESES



Existe una relación significativa, especialmente visible cuando observamos que el grupo A no se relajaba nunca en un 60,8% al inicio pasando a un 9,8% a los

6 meses.

¿Influye la educación sobre la salud en la dieta de alimentos recomendados?

Tabla 23 Influencia de la educación para la salud sobre la toma de alimentos recomendados.

| GRUPO | BASAL | 6 MESES |
|---------------|---|-----------|
| A | 25,8± 5,9 | 29,7± 4,9 |
| B | 27,6 ±5,0 | 29,2± 4,1 |
| C | 26,3±5,5 | 27,3± 5,7 |
| Significación | A-B P= .08 B-C P=.034 A-C P= .023 | |

Se registra como valor máximo las valoraciones de 45, considerándose satisfactorio cuando la persona logra una valoración de 22,5 o más. Aunque se observa que la ingesta de alimentos recomendados es adecuada en la mayoría de los pacientes, se objetivó un incremento significativo de la puntuación en los pacientes que recibían educación/información sanitaria (Grupo A y B).

¿Influye la educación en la dieta de alimentos no recomendados?

Tabla 24 Influencia de la educación para la salud sobre la toma de alimentos no recomendados

| GRUPOS | BASAL | 6 MESES |
|---------------|--|-----------|
| A | 9,11± 3,3 | 7,58 ±3,3 |
| B | 8,67±3,2 | 8,07±3,1 |
| C | 7,78±2,3 | 7,58±2,0 |
| SIGNIFICACIÓN | A-B p= . 41 B-C p= .29 A-C p= .012 | |

En cuanto a los alimentos no recomendados se considera satisfactorio si el paciente logra una valoración de 10 o menos (cuanto más baja es la cifra de valoración más saludable). Obsérvese como el grupo C, que es un grupo más joven, toma menos alimentos menos recomendados que el grupo A; en cambio, logra bajar menos esta cifra que el grupo A. Las diferencias son significativas entre el grupo A y el C.

¿Influye la educación sanitaria en el consumo de tabaco?

Tabla 25 Relación entre consumo de tabaco y grupo al que pertenece.

| Basal | | | | 6 meses | | | |
|--------------|-------------------|-------------------|------------------|----------------|-------------------|------------------|------------------|
| | No fuma | Fuma | Total | | No fuma | Fuma | Total |
| A | 45 (88,2%) | 6 (11,8%) | 51(100%) | A | 46 (90,2%) | 5(9,8%) | 51(100%) |
| B | 54(83,0%) | 11(17,0%) | 65 (100%) | B | 56 (86,2%) | 9 (13,8%) | 65 (100%) |
| C | 56 (87,5%) | 8 (22,5%) | 64 (100%) | C | 58(90,6%) | 6 (9,4%) | 64 (100%) |
| Total | 155(86,1%) | 25 (23,9%) | 180(100%) | | 160(88,9%) | 20(11,1%) | 180(100%) |

Chi-2 valor 0,79, p=0,067 (NS)

Chi-2 valor 0,67,p=0,678(NS)

No existe una relación significativa entre el hábito del tabaco y la pertenencia al grupo.

¿Influye la educación sanitaria en el consumo de alcohol en la vida saludable?

Tabla 26 Relación entre consumo de alcohol y grupo al que pertenece.

| Basal | | | | 6 meses | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|
| | No bebe | Bebe | Total | | No bebe | Bebe | Total |
| A | 46 (90%) | 5(10%) | 51(100%) | A | 48(94%) | 3(6%) | 51(100%) |
| B | 58(89%) | 7(11%) | 65(100%) | B | 58(89%) | 7(11%) | 65(100%) |
| C | 54 (84%) | 10(16%) | 64(100%) | C | 56(87%) | 8 (13%) | 64(100%) |
| Total | 158(89%) | 22 (11%) | 180(100%) | Total | 162(90%) | 18(10%) | 180(100%) |

Chi-2 valor 1,09, p=0,578 (NS)

Chi-2 valor 1,44,p=0,485(NS)

No existe una relación significativa entre el hábito del alcohol y la pertenencia al grupo.

¿Influye la educación para la salud en el cumplimiento de los objetivos de modificación en el estilo de vida?

Tabla 27 Relación entre el cumplimiento de objetivos enfermeros de vida saludable y grupo al que pertenece.

Cada una de las personas tiene unos objetivos a cumplir dependiendo del éxito de los logros, se considerará satisfactorio si consigue cumplir al menos la mitad de los objetivos propuestos, por ejemplo, caminar o modificar la dieta.

| | Satisfactorio | No satisfactorio | Antes satisfactor | Total |
|--------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|
| A | 24 (39,3%) | 24 (27,0%) | 3 (10,7%) | 51(28,7%) |
| B | 20 (32,8%) | 34(38,2%) | 11(39,3%) | 65 (36,5%) |
| C | 17 (27,9%) | 31(34,8%) | 14(50,0%) | 62 (34,8%) |
| Total | 61(100%) | 89(100%) | 28(100%) | 178(100%) |

Chi-2 valor 8,72, p=0,068 (NS)

Estos resultados se obtuvieron a los seis meses del inicio no existiendo una relación significativa entre la pertenencia a un grupo u otro y el cumplimiento de objetivos de vida saludable. Sin embargo es una realidad que los mejores resultados pertenecen al grupo A seguido del grupo B y el ultimo es el grupo C.

¿Influye la educación para la salud en la fidelidad al tratamiento?

Tabla 28 Relación la fidelidad al tratamiento y grupo al que pertenece.

| | Siempre | Casi siempre | No toma | No sabe | Total |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| A | 41(28,7%) | 8 (25,8%) | 1 (50,0%) | 1(33,3%) | 51(28,5%) |
| B | 55(38,5%) | 10 (32,3%) | 0 | 0 | 65 (36,3%) |
| C | 47(32,8%) | 13 (41,9%) | 1 (50%) | 2(66,7%) | 63 (35,2%) |
| Total | 143 (100%) | 31 (100%) | 2 (100%) | 3 (100%) | 179 (100%) |

Chi-2 valor 4,15, p=0,656 (NS)

No existe una relación significativa entre la pertenencia a un grupo u otro y la fidelidad al tratamiento.

6.4. RESULTADOS DEL 3º OBJETIVO:

Evaluar el impacto del entorno y personalidad en el control de la hipertensión, así como buscar las posibles explicaciones por el logro o no logro de los objetivos de salud.

¿Podremos contestar a estas preguntas?

¿Influye la convivencia y la familia en el control de la hipertensión?

¿Influye la calificación laboral?

Influye la personalidad?

¿Influye la conducta disciplinada y la fidelidad al tratamiento?

¿Se podrían explicar los motivos por los que el paciente logra o no logra alcanzar los objetivos deseados?

¿Influye la convivencia en familia sobre el control de la hipertensión ?

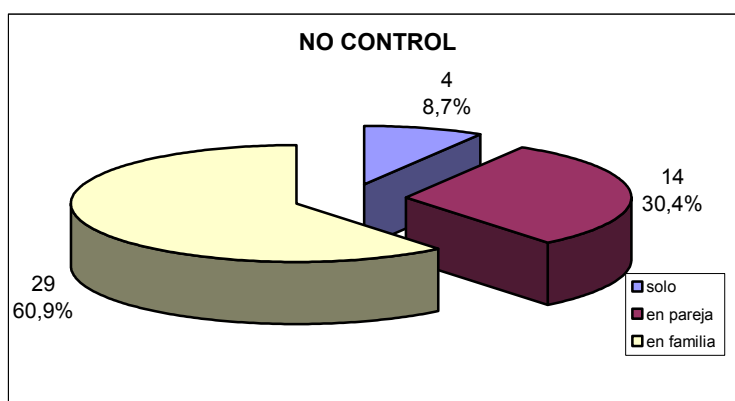
Tabla 29 Influencia de la convivencia en el control de la HTA

| CONVIVENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| SOLO | 28 | 14,9% |
| PAREJA | 68 | 36,2% |
| CON FAMILIA | 90 | 47,9% |
| TOTAL | 186 | 100% |

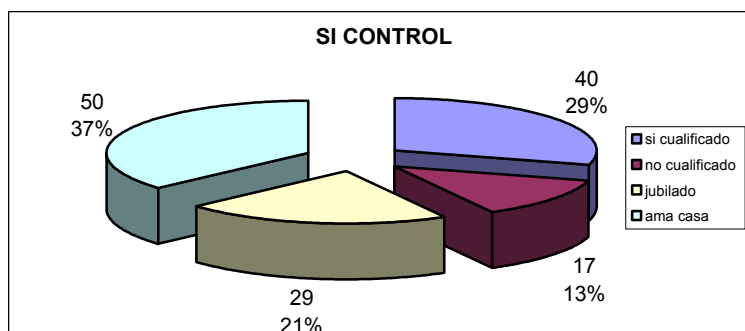
| | SI CONTROL | NO CONTROL | TOTAL |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| SOLO | 23 (16,8%) | 4 (8,7%) | 27 (14,8%) |
| PAREJA | 53 (38,7%) | 14 (30,4%) | 67(36,6%) |
| CON FAMILIA | 61 (44,5%) | 29 (60,9%) | 90(49,6%) |
| TOTAL | 137 (100%) | 46 (100%) | 183 (100%) |

Existe una influencia significativa a favor de la persona que vive en pareja en un **p.- .000**

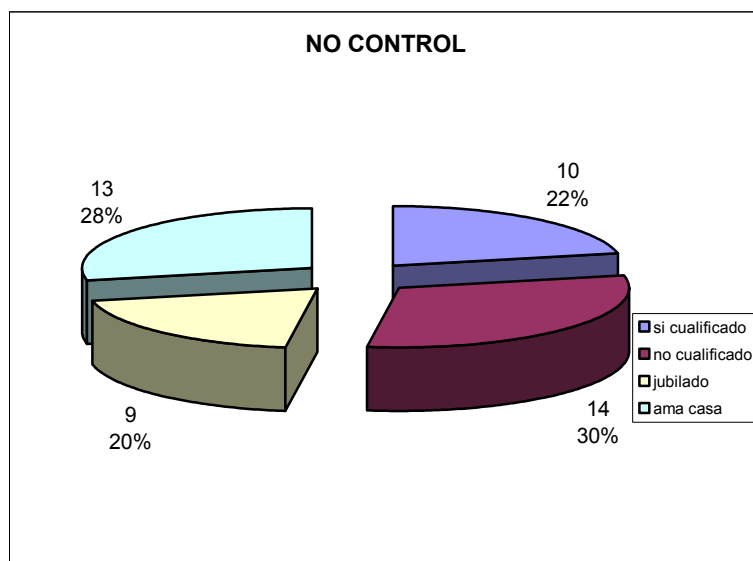
CONVIVENCIA-CONTROL HTA (graf. 1)



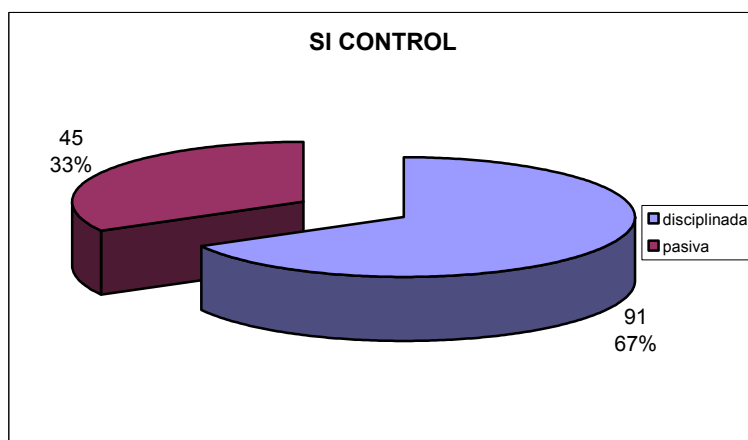
LABORAL (graf. 2)



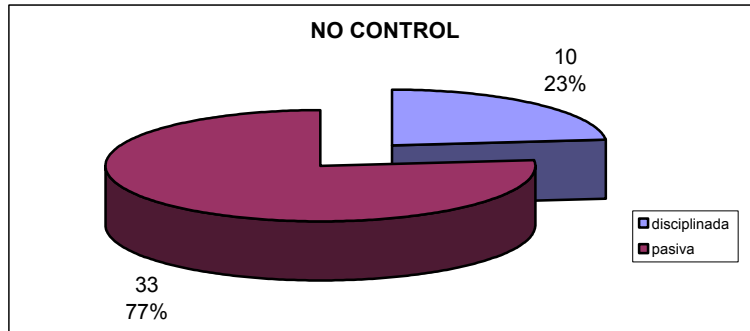
(graf. 3)



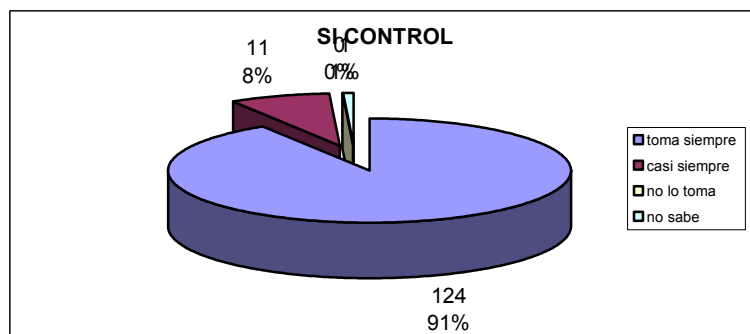
DISCIPLINA - CONTROL HTA (graf. 4)



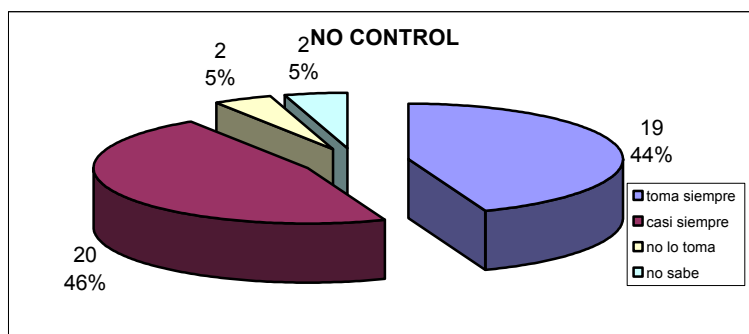
DISCIPLINA –NO CONTROL (graf. 5)



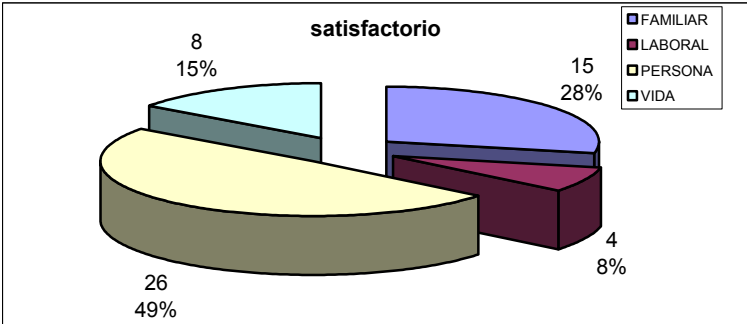
SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO-CONTROL (graf. 6)



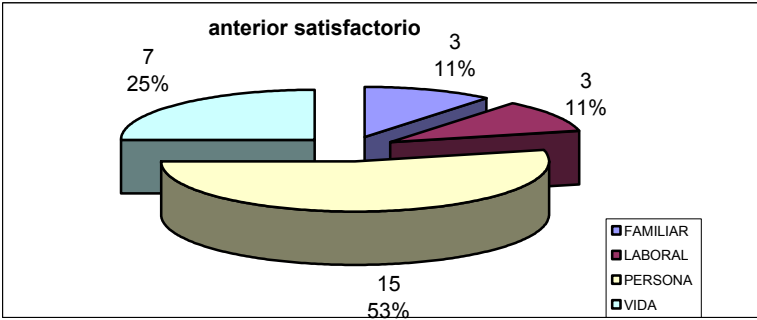
SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO -NO CONTROL (graf. 7)



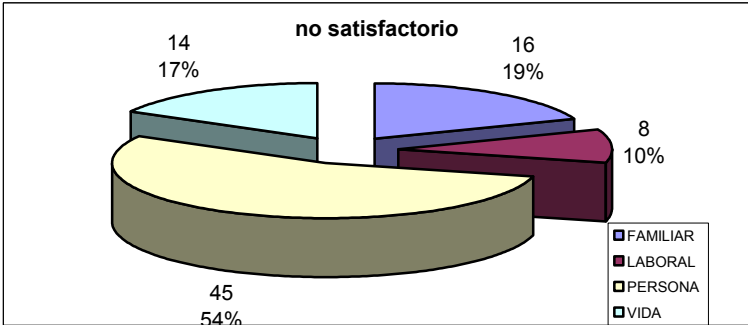
EXPLICACIONES (graf. 8)



EXPLICACIONES (graf. 9)



EXPLICACIONES (graf. 10)



6.5 Tabla 30 Evaluación a los seis meses

| Variables | Con Control TA | Sin control TA | Nivel de significación (valor de p) |
|------------------------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
| Vida familiar | | | |
| Si | 128 (94,1%) | 42 (93,3%) | p-. 000 |
| No | 8 (5,9%) | 4 (6,7%) | |
| Total | 137 (100%) | 46 (100%) | |
| Convivencia | | | |
| Solo | 23 (16,8%) | 4 (8,7%) | p-.000 |
| Pareja | 53 (38,7%) | 14 (30,4%) | |
| En familia | 61 (44,5%) | 28 (60,9%) | |
| Total | 137 (100%) | 46 (100%) | |
| Actividad laboral | | | |
| Si cualificado | 40 (29,4%) | 10 (22,2%) | P=.041 |
| No cualificado | 17 (12,5%) | 14 (31,1%) | |
| Jubilado | 29 (21,3%) | 9 (17,8%) | |
| Ama casa | 50 (36,8%) | 13 (28,9%) | |
| Total | 136 (100%) | 46 (100%) | |
| Tipo de personalidad | | | |
| A si A | 74 (54,4%) | 28 (62,2%) | P= .370 (NS) |
| No A | 58 (42,6%) | 16 (35,6%) | |
| No determinante | 4 (4,0%) | 2 (5,2%) | |
| Total | 136 (100%) | 46 (100%) | |
| Tipo de conducta | | | |
| Disciplinada | 91 (66,9%) | 7 (16,3%) | P= .000 |
| Pasiva | 45 (33,1%) | 36 (83,7%) | |
| Total | 136 (100%) | 43 (100%) | |
| Fidelidad tratamiento | | | |
| Toma siempre | 124 (91,1%) | 19 (44,2%) | P=.000 |
| Casi siempre | 11 (8,1%) | 20 (46,4%) | |
| No lo toma | 1 (0,4%) | 2(4,7%) | |
| No sabe | 1 (0,4%) | 2(4,7%) | |
| Total | 136 (100%) | 43(100%) | |

| | | | |
|------------------------|-------------|------------|---------------|
| Género | | | |
| Mujer | 85 (62,1%) | 27 (58,7%) | p.-.730 (NS) |
| Hombre | 52 (37,9%) | 19 (41,3%) | |
| Total | 137 (100%) | 46 (100%) | |
| Grupo edad | | | |
| < 50 años | 36 (26,2%) | 11 (23,9%) | p.- .33 (NS) |
| 51-70 años | 53 (38,7%) | 24 (52,2%) | |
| > 70 años | 48 (35,1%) | 11 (23,9%) | |
| Total | 137 (100%) | 46 (100%) | |
| Estado civil | | | |
| Casado | 100 (73,0%) | 30 (65,2%) | p.- .270(NS) |
| Soltero | 10 (7,3%) | 6 (13,1%) | |
| Viudo | 22 (16,1%) | 10 (21,7%) | |
| Divorciado | 5 (3,6%) | | |
| Total | 137 (100%) | 46 (100%) | |
| Nivel académico | | | |
| Bajo | 66 (48,2%) | 24 (52,2%) | p.- .630 (NS) |
| Medio | 47 (34,3%) | 12 (26,1%) | |
| Alto | 24 (17,5%) | 5 (10,7%) | |
| Total | 137 (100%) | 46 (100%) | |

¿Se podrían explicar los motivos por los que el paciente logra o no logra alcanzar los objetivos deseados?

Tabla 31 EXPLICACIONES DEL LOGRO/ NO LOGRO DE OBJETIVOS DE VIDA SALUDABLE

| | FAMILIAR | LABORAL | PERSONA | VIDA | TOTAL | |
|-------------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------------|
| SATISFACTORIO | 15 (44,1%) | 4 (26,6%) | 26 (30,2%) | 8(27,5%) | 53 (32,3%) | (media)2,50±1,06 |
| NO SATISFACTORIO | 16 (47,0%) | 8 (53,3%) | 45 (52,3%) | 14(48,2%) | 83(50,6%) | (media) 2,68±0,97 |
| ANTERIOR SATIS | 3 (8,9%) | 3 (20,1%) | 15(17,5%) | 7 (24,3%) | 28(17,1%) | p= 0,321 |
| TOTAL | 34 (100%) | 15(100%) | 86(100%) | 29(100%) | 164(100%) | |

Deseamos destacar la influencia tanto de la vida laboral como de la misma persona los que hacen que no logre los objetivos enfermeros. Podríamos apreciar la gran influencia de la persona en los hábitos de vida en particular y en la salud en general.

El mayor logro quizá sea la influencia del ejercicio en la T.A. y la importante relación entre el buen control de la T.A. en las personas que cada día dedica un rato a hacer una actividad que le hace sentirse bien, de olvidarse de sus penas u olvidarse de su salud.

Explicaciones posibles por las que logra tomar satisfactoriamente o no los alimentos tanto recomendados como no recomendadas

¿Influye el género, la convivencia y la edad en la vida saludable?

Tabla 32 Influencia del género, de la convivencia y de la edad en la dieta de alimentos recomendados como no recomendados.

| ALIMENTOS RECOMENDADOS | SATISFACTORIO | NO SATISFACT | |
|----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| Mujer | 89 (62%) | 23 (62%) | p.= .993 (NS) |
| Hombre | 54 (38%) | 14 (38%) | |
| Total | 143 (100%) | 37 (100%) | |
| ALIMENTOS NO RECOMENDADOS | | | |
| Mujer | 94 (61%) | 18 (66%) | p.= .881(NS) |
| Hombre | 59 (59%) | 10 (34%) | |
| Total | 153 (100%) | 27 (100%) | |
| ALIMENTOS RECOMENDADOS | SATISFACTORIO | NO SATISFACT | |
| Solo | 23 (17%) | 4 (12%) | P=.150 (NS) |
| Pareja | 55 (38%) | 11 (29%) | |
| En familia | 65 (45%) | 22 (59%) | |
| Total | 153 (100%) | 27 (100%) | |
| ALIMENTOS NO RECOMENDADOS | | | |
| Solo | 26 (17%) | 1 (4%) | |
| Pareja | 56 (37%) | 10 (37%) | |
| En familia | 71 (46%) | 16(59%) | |
| Total | 153 (100%) | 27 (100%) | |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|--|---------------------|
| ALIMENTOS RECOMENDADOS | 40 (26%) | 7 (26%) | | |
| EDAD | 55 (36%) | 10 (37%) | | P=.076 (NS) |
| < 50 | 58 (38%) | 27 (100%) | | |
| 51-70 | | | | |
| > 70 | | 5 (18%) | | |
| Total | 153 (100%) | | | P= .939 (NS) |
| ALIMENTOS NO RECOMENDADOS | | 17(64%) | | |
| < 50 | 41(41%) | 5 (18%) | | |
| 51-70 | 59 (39%) | 27 (100%) | | |
| >70 | 53 (34%) | | | P= .579 (NS) |
| | 153 (100%) | | | |

Los mejores resultados se dan en los mayores de 70 años y en el grupo de mujeres que tienen a su hija pendientes de ellas o ellos, principalmente en el grupo B. Existe una relación significativa entre la educación y la práctica de ejercicio, especialmente cuando el ejercicio va acompañado de asistencia al gimnasio.

Deseamos destacar la influencia tanto de la vida laboral como de la persona en el logro de los objetivos enfermeros.

Podemos apreciar la gran influencia de la persona y de su conducta en los hábitos de vida en particular y en la salud en general.

El mejor resultado ha sido observar la influencia del ejercicio en la T.A. y la importante relación entre el buen control de la T.A. en las personas que cada día dedica un rato a hacer una actividad que le hace sentirse bien, de olvidarse de sus penas u olvidarse de su salud.

6.6. EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos:

- La muestra estuvo representada un 28 % en el grupo A, un 37 % en el grupo B y el 35% en el grupo C.
- El 25% tenían eran menores de 50 años, el 41% tenían entre 51- 70 años y el 34% eran mayores de 70 años.
- La muestra estuvo representada por el 60 % de mujeres y el 40 % de hombres
- El 50% tenían estudio primarios el 34% estudios medios y el 16% estudios superiores.
- El 40% estaban en activo, el 25% eran jubilados, el 4% eran desempleados y el 31% eran amas de casa.
- El 70% eran casados, el 9% eran solteros, el 17% eran viudos y el 4% eran divorciados..
- El 17% vivían solos, el 39% vive en pareja y el 44 % vivían con su familia.
- El 64% tenían esfigomanómetro para automedirse la T.A y el 36% no lo tenía.

6.6.1. 1º objetivo

1. La influencia de la educación para la salud (EpS) en el buen control de la HTA, es significativa, lograron controlarla el 88,5% frente a un 11,5% que no lo logro.

La influencia de la información logró un control del 80,3% y el grupo de control el 58,5%. Es distinto recibir educación que recibir información, sin embargo los resultados tanto de un grupo como de otro son buenos. (Tabla 1)

2. El impacto de la educación sobre la HTA resultó muy significativa en la tensión arterial sistólica (T.A.S.) no sucedió lo mismo en la tensión arterial diastolita (T.A.D). (Tabla 2)
3. La edad, el genero los estudios y la actividad laboral no influyeron en el buen control de la H TA significativamente. (Tabla 3-4-5-6-7)
4. La automedida de laT.A. por el propio paciente, influyó favorablemente en el buen control en un 83,1% frente a un 16,9% que no lo logró.(Tabla 8)
5. No existen una influencia significativa entre el nivel de IMC y el buen control de la HTA . (Tabla 9)
6. En cuanto a los buenos resultados en la disminución del contorno cintura/ cadera los resultados nos dirían que existe una relación significativa entre la disminución de la cintura y de la cadera a los seis meses y el buen control de la HTA. (Tabla 10.1) a (Tabla 10.4)Así mismo se midió la relación entre el índice cintura/cadera y el buen control de la hipertensión, siendo esta significativa, dando la vuelta al resultado, aquellos pacientes que aumentaron del contorno controlaron peor la HTA, finalmente se estudió las relaciones entre cintura y cadera

en el hombre y la mujer no hallándose diferencias significativas entre el género y la disminución de la misma.

7. No existen diferencias significativas inicialmente entre la media del contorno de cadera y el control de la hipertensión, sin embargo si existen diferencias significativas al finalizar el estudio, observándose como los pacientes que aumentaron el perímetro de cadera fueron los que no controlaron la T.A. evidenciándose la relación entre el aumento del perímetro de cadera y el mal control de la T.A. (Tabla 10.4.4)
8. En nuestro buen juicio este resultado resulta relevante, nos referimos a la influencia del ejercicio físico cuando este es > 30 minutos, ellos lograron un 79,8% de control de la HTA frente a un 20,2% que no.(Tabla 11)
9. La práctica de relajación influyó significativamente en el control de la HTA en un 92,9%, (Tabla 12)
10. Las personas que no beben bebidas alcohólicas controlan mejor la hipertensión que las que beben.(Tabla 13).
11. La influencia del tabaco nos mostró que existen diferencias significativas entre los que no fuman con un control del 76,9.% frente a un 23,1 % que fumaba. (Tabla 14)
12. No existen influencias significativas entre la disminución de los niveles de glucemia si en cambio del colesterol LDL sobre los buenos controles de la HTA, sin embargo la educación influyó en la cifra de glucemia siendo menor a los seis meses que al inicio, también lograron bajar sus niveles de LDL aunque no significativamente (Tabla 15-16)
13. Existe una relación muy significativa ente los que llevan una vida saludable y el control de la HTA. Las personas que llevaron una vida saludable consiguieron controlar la HTA en un 91,8%(Tabla 17)

6.6.2. 2º objetivo

1. La educación para la salud no influyó en el descenso del IMC de manera significativa, sin embargo, se observó que el grupo A fue el que consiguió mayor número de personas que perdieron peso. (Tabla 18)
2. La educación no influyó significativamente en cuanto a la reducción del perímetro de la cintura ni de la cadera. (Tabla 19-20)
3. La educación influyó significativamente sobre la práctica de ejercicio físico. El grupo A inicialmente caminaban < 30 minutos un 45,1% y a los seis meses se convirtió en un 9,8%. Inicialmente caminaban entre 30-60 minutos el 45,1% y se convirtió en un 62,7%. (Tabla 21)
4. La educación influyó significativamente en la práctica de relajación no reglada. El grupo A inicialmente no hacía ninguna relajación el 60,8% y a los seis meses no lo hacía el 9,8%. El mismo grupo A inicialmente hacía una relajación no reglada el 23,5% y pasaron a ser el 58,8%. (Tabla 22)
5. La educación influyó en la mejora de la dieta en cuanto a los alimentos recomendados. El grupo A que inicialmente tenía una puntuación media de $25,8 \pm 5,9$ a los seis meses tuvo una media de $29,7 \pm 4,9$, viéndose una diferencia significativa entre el grupo A y C y el grupo B y C. (Tabla 23)
6. Lo mismo sucedió con los alimentos no recomendados. El Grupo A que inicialmente tenía una puntuación media de $9,11 \pm 3,3$ a los seis meses se convirtió en $7,58 \pm 3,3$ habiendo una diferencia significativa entre el grupo A y C. Debemos recordar que cuanto menor sea la puntuación resulta más satisfactorio. (Tabla 24)
7. La educación no influyó de manera significativa en el hábito del tabaco, sin embargo se aprecia una mejoría leve en el comportamiento del grupo A, en el conjunto de la muestra, inicialmente fumaban el 23,9% y se convirtió en un 11,1%. (Tabla 25)

8. La educación no influyó tampoco en el hábito del alcohol El grupo A no bebía un 90% y se convirtió en un 94% , el grupo B no se modificó y el C pasó de un 84% a un 87%.. (Tabla 26)
9. En cuanto al cumplimiento de objetivos hacia una vida saludable puestos entre la enfermera y el paciente, la relación no fue significativa, sin embargo los mejores resultados los logró el grupo A que consiguió uno resultados satisfactorios del 39,3% seguidos del grupo B con un 32,8% y del C con un 27,9%. (Tabla 27)
10. La educación no influyó de manera significativa en la fidelidad al tratamiento. El grupo B obtuvo la mejor calificación con un seguimiento al tratamiento del 38,5%, seguido del grupo C con un 32,8% y del A con un 28,7%. Esta variable tan importante se relacionó con la conducta disciplinada, pero este resultado no pertenece al 2º objetivo. (Tabla 28)

6.6.3. 3º objetivo

1. La convivencia influyó significativamente en el buen control de la HTA en un 44,5% frente a un 16,8% en las personas que viven solas.
2. La influencia de la familia también resultó significativa.
3. La actividad laboral mostró que el ama de casa es la que obtiene mejores controles con un 36,8%, en cambio entre los que no controlaron la HTA. los mejores resultados fueron para los jubilados con un 17,8%.
4. La vida laboral cualificada influyó en el logro del buen control de la HTA con un 29,4% de las personas cualificada frente a un 12,5% que no lo logró de personas con vida laboral no cualificada.
5. La personalidad tipo A influyó negativamente en el control de la HTA, del total de los que no controlaron un 65,2% tenían esta personalidad mientras, mientras que el 35,6% no la tenían. .
6. La conducta disciplinada logró una diferencia significativa respecto de los resultados de la persona pasiva, de un 66,9% frente a un 33,1%. Sobresale el resultado de las personas con conducta pasiva, ellas no logran controlar la HTA. en un 83,7%.
7. La fidelidad al tratamiento logró una diferencia significativa en el buen control de la HTA siendo este de un 91,2%.
8. No hemos llegado a una conclusión sobre los motivos por los que la persona no logra los objetivos deseados en cuanto a hábitos saludables, a pesar de ello, podríamos ver que la vida laboral es quizá el aspecto mas influyente seguido muy de cerca por la propia persona. Sin lugar a duda seria muy pretencioso dar una explicación exacta de lo que sucede en cada uno de nosotros y en cada momento de la vida. Seria bueno pensar en Ortega y Gasset que dice que el hombre es el y sus circunstancias (85).

9. La familia, la convivencia y la edad inciden en el seguimiento de la dieta de alimentos recomendados y no recomendados. No sucede lo mismo con el género. (Tabla 29 y 30), gráficos 1-10.

6.7. . VARIABLE EFICACIA

Proporción de pacientes que alcanzan el control de la HTA, control de la obesidad y disminución del sedentarismo.

La eficacia del estudio está probada en los resultados presentados de manera significativa tanto en la HTA como en el sedentarismo, no sucedió así en la obesidad que aunque perdieron peso no fue significativa.

Se considera que el paciente pertenece al grupo de intervención A cuando recibe educación, al grupo de intervención B cuando recibe información y al grupo C cuando no recibe ni educación ni información (este grupo es considerado grupo de control).

Se registra el grado de control después de 6 meses de intervención. Se considera que la persona tiene controlada la H.T.A. cuando su T.A. $\leq 140/90$.

Resumen

1. El porcentaje de pacientes que alcanzó controlar la HTA Es de 88,5% en el grupo A y del 80,3% en el grupo B. $p=0.000$
2. La influencia de la EPS no consiguió controlar la obesidad significativamente aunque diferenciando los que han perdido peso y los que no lo consiguieron el grupo A fue el que consiguió mejores resultados.
3. Hemos tomado como mayor indicador el grupo que consigue mayor número de personas que pierden kilos y es el grupo A, aunque no es una relación significativa. Obsérvese en la tabla 18 como en el peso basal del grupo C es el de mayor número de personas con un IMC < 25 y a su vez es el de los más jóvenes, quiere decir que existe una influencia entre la edad y el peso inicial. $p= 0,148$
4. El EPS alcanzó controlar el sedentarismo en un 62,7% en el grupo A seguidos del grupo B en un 61,6% siendo esta respuesta significativa. $P= 0,001$

SÉPTIMA PARTE
DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

J. R. Banegas en 2007 dentro del estudio Prevencat determinó que la hipertensión afecta al 35% de la población adulta. El 40% de estas personas logran controlar su HTA llegando hasta un 50% en el servicio de atención primaria. Como conclusión del estudio consideró que para lograr mejorar el escaso control, es necesario la cooperación y participación del paciente, con todos los profesionales sanitarios, la industria, los medios de comunicación social, educadores para la Salud y debemos unirnos en la solución a este problema en el que no caben soluciones simples para dar respuesta a un problema tan complejo ⁸⁷.

Siguiendo el planteamiento inicial, presentamos la discusión de cada uno de los tres objetivos del estudio:

El perfil de nuestro paciente es de una persona entre 51- 70 años, mujer, con estudios bajos, casada que usa su aparato de tensión de manera autónoma y pertenece al grupo B.

7.1. PRIMER PARTE DE LA DISCUSIÓN

La primera parte se ha dedicado a la discusión del primer objetivo, se trata de evaluar los aspectos relacionados con el control de la T.A., siendo en primer lugar conocer el impacto de la educación para la salud (EpS) sobre el control de la hipertensión con estos resultados.

7.1.1. Exposición

7.1.1.1. La educación

La influencia de la educación para la salud (EpS) en el buen control de la HTA fue significativa, lograron controlarla el 88,5% frente a un 11,5% que no lo logró. La influencia de la información logró controlarla el 80,3% y el grupo de

control el 58,5%. Se considera satisfactorio no solo recibir educación sino, recibir información $p= 0,000$. Este resultado nos hace reflexionar; en él vemos la importancia de la comunicación entre paciente, enfermera y médico, entre todos fluye una situación que resulta satisfactoria para el paciente haciendo que éste logre controlar la hipertensión en un porcentaje relevante. (Tabla 1, pag.-81).

El grupo A, tenía una T.A.S.(tensión arterial sistólica) inicial de 148 ± 25 mmHg. y a los 6 meses fue de 127 ± 10 mmHg. El grupo B al inicio era de 153 ± 12 mmHg. y a los seis meses fue de 129 ± 12 mmHg. y el grupo C inicialmente era de 153 ± 14 mmHG. y a los seis meses fue de 137 ± 17 mmHg.en una $p= 0,000$,. Se confirma que tanto la educación como la información influyen favorablemente en el control de la T.A.S. No se observaron diferencias con respecto a la T.A.D.(tensión arterial diastólica) L. Álvarez Miranda (1999) en la isla de Cuba realizó un estudio con la misma hipótesis logrando unos resultados también satisfactorios corroborando con ello nuestra hipótesis (28). Sin embargo no plantearon la influencia de la información que nosotros tampoco no lo habíamos planteado sino que ha sido un hallazgo inesperado (Tabla 2, pag.-82)

7.1.1.2. La edad

La edad no influyó en el control de la hipertensión, sin embargo M. Nadal (2003) indica que en Suecia, un 25% de todos los mayores de 65 años, son tratados con medicación antihipertensiva y hasta un 50% de su población con edad superior a los 75 recibe algún tipo de medicación cardiovascular (60). En España y en concreto en nuestro estudio, hemos observado que el hombre al jubilarse a los 60-65 años aproximadamente inicia un periodo bueno de la vida de matrimonio, en ese momento sus hijos viven fuera y la esposa o el marido se cuidan entre si, empiezan una vida más saludable en la que incluye el caminar cada día y preocuparse de hacer la compra del mercado entre los dos. Siendo el ejercicio físico el hábito que más ha influido en el buen control de la T.A , hemos acudido a él en la búsqueda de posibles explicaciones a estos

resultados y hemos visto que un 37,0% de las personas mayores de 70 años caminan más de 60 minutos y un 17,4% además, van al gimnasio. De esta manera podíamos dar la explicación a este resultado. Sin lugar a dudas no se puede extrapolar este resultado, estamos hablando de la relación entre la edad y el control de la HTA, desde nuestro estudio se explica que es el ejercicio y no la edad lo que influye en el control, podríamos adelantar algún aspecto más diciendo que se puede suponer que son los hábitos saludable y no la edad lo que hace que la persona logre controlar la HTA, pero en ese estudio nos meteremos según hayamos salido de este. (Tabla 3.1- 3.2, pag.-83)

7.1.1.3. El género

El género no influyó en el control de la hipertensión. Tampoco encontramos influencias en la relación entre el nivel de estudios y el control de la hipertensión, La situación laboral de trabajo no influyó en el buen control de la T.A. (Tabla 4, pag.-83)

7.1.1.4. El estado civil

El estado civil no influyó tampoco, sin embargo Charlotte Schocuborn (1999) realizó una investigación en la que demostró que los hombres casados son los que menos fuman y realizan más actividad física (64). (Tabla7, pag.-85).

7.1.1.5. Automedida

Se ha evaluado la importancia que tiene para el control de la hipertensión que el paciente se mida el mismo la T.A., porque de esta manera borra todo aquello que supone la hipertensión de bata blanca, los resultados mostraron que los pacientes que se automidieron la T.A. consiguieron controlarla en un 83,1% mientras que no los que no lo utilizaron fue del 60,0% en una $p= 0,001$. Germán (1994) evaluó un programa de auto cuidado realizado en Atención Primaria con 160 pacientes, obteniendo unos resultados similares a los obtenidos por nosotros⁸⁸. En el año 1993 en nuestra misma consulta se realizó un estudio también similar a este y en el que se obtuvo unos resultados

similares a los actuales. En aquella ocasión todos los pacientes tenían su propio aparato que se les enseñó a utilizar al inicio del estudio se realizaría con 68 pacientes y todos excepto una mujer consiguieron controlar su HTA. , (Tabla 8, pag.-85).

7.1.1.6. Influencia del IMC

La influencia entre el grado de IMC y el control de la hipertensión, no resultó significativa en una $p= 0, 073$ (Tabla 9). Los mejores resultados los obtuvieron los que tenían un IMC entre 25-30 consiguiendo controlar un 77,2% y los peores los que tenían un índice > 30 que controlaron la HTA un 71,6%. (Tabla 9, pag.-86).

7.1.1.7. Influencia de la modificación del perímetro abdominal

No existe una diferencia significativa entre el perímetro de cintura basal y a los 6 meses y el control de la HTA. En el conjunto de la muestra, los que controlaron la HTA disminuyeron su perímetro de cintura pasando de 96cm. inicialmente a 92 cm. de media. (Tabla 10.3, pag.-88).En la influencia de la disminución del perímetro de cintura y el control de la hipertensión, los resultados mostraron una relación muy significativa entre los que consiguieron disminuir el contorno de cintura y el control de la H.T.A., en una $p= 0,000$, lo mismo sucedió con la relación entre la disminución de la cadera y la H.T.A. en una $p=0,001$. (Tabla 10.4.1, pag.-89).En el conjunto de la muestra los que no controlaron la HTA habían aumentado su perímetro de cadera desde 107,87 cm. a 110,17 cm, habiendo una diferencia significativa los que aumentaron de perímetro no controlaron su HTA y los que inicialmente tuvieron 104,56 y a los seis meses pasaron a 105,17 controlaron su HTA (Tabla 10.4.4, pag.-91).

7.1.1.8. Influencia del ejercicio físico

La influencia del ejercicio físico fue significativamente positiva en el buen control de la T.A. cuando esta actividad es > 30 minutos, ellos lograron un

79,82 % de control de la HTA frente a un 20,18 % que no lo consiguió. $P=0,000$. Los resultados corroboraron los dictámenes de V. Fuster (2006) en los que dice que el ejercicio físico actúa como si tomara un comprimido más (4). (Tabla 11.1 y 11.2, pag.-91-92)

7.1.1.9. Influencia de la práctica de la relajación

Desde el inicio del estudio veníamos preguntándonos por la influencia positiva de la práctica de relajación y pusimos mucho interés en que las personas la practicaran cada día (nos estamos refiriendo al grupo de educación) mostrándonos que nuestra hipótesis se confirmó. Los resultados respondieron afirmativamente, no obstante desde nuestro nacimiento como grupo educador de la hipertensión, siempre nos hemos basado en la propuesta de tres consejos para lograr el buen control y que eran la dieta, el ejercicio e incorporar la relajación a nuestra vida o dicho de otra manera, disfrutar de la vida. Hoy hemos visto que las personas que lograron conseguir una vida relajada han conseguido controlar también la H. T.A por ello, proponemos un nuevo estilo de vida saludable con estos tres aspectos. (Tabla 12, pag.- 93) .

Dieta rica en verduras y frutas

Caminar al menos 30 minutos

Disfrutar de la vida

7.1.1.10. Influencia del alcohol

Existen diferencias significativas entre los que no beben más de una copa de vino y el buen control de la T.A a favor de los que no lo hacían en una $p=0,045$. (Tabla 13, pag.- 93)

7.1.1.11. Influencia del tabaco

Existen diferencias significativas entre los que no fuman y los que fuman y el buen control de la T.A a favor de los que no lo hacían en una $p=0,002$. (Tabla

14, pag.-94)

7.1.1.12. Influencia de la vida saludable

En cuanto a la influencia de la vida saludable en la H.T.A. se ha considerado que la persona lleva esta vida (V. Fuster) cuando su dieta es cardiosaludable; cuando camina al menos 30 minutos, no fuma y realiza cualquier tipo de relajación. Se ha catalogado como satisfactorio aquellos pacientes que cumplían la mayoría de las medidas. Los resultados nos muestran que existe una relación significativa a favor de los que llevaron una vida saludable y el control de la HTA. Los que llevaron este tipo de vida lograron controlar la T.A. en un 91,8% frente a un 8,2% que no lo lograron en una $p= 0,000$. (Tabla 17, pag.-96).

7.1.2. Conclusión

Terminamos esta parte de la discusión dedicada a las relaciones de distintos aspectos con la HTA en la que la variable dependiente ha sido el control de la HTA y en las variables independientes todos los aspectos con los que se la han relacionado; con estos resultados, afirmamos la hipótesis alternativa en la que nos apoyábamos y rechazamos la hipótesis nula.

En resumen se destaca:

1. La influencia favorable de la educación para la salud en el control de la H.T.A.
2. La influencia favorable de la información para la salud en el control de la H.T.A
3. La influencia favorable del aparato de tensión para su uso personal en el control de las H.T.A..
4. El índice de masa de corporal no resultó significativa en el control de la H.T.A.
5. El ejercicio físico influyó favorablemente en el control de la H.T.A.

6. La práctica de no fumar y no beber, influyó favorablemente en el control de

la HTA

7. La disminución del perímetro cintura y cadera influyó positivamente en el control de la H.T.A.

8. El aumento del perímetro de cadera influyó en el mal control de la hipertensión.

9. La influencia de la vida saludable influyó favorablemente en el control de la H.T.A.

Estos resultados nos sirven para confirmar nuestras hipótesis con excepción de la influencia de la masa corporal que no fue significativa, tampoco influyó la edad, la cultura, la vida laboral y el género. Nos atrevemos a dar nuestra propia interpretación de lo vivido en el estudio: No es la edad, no es la cultura, no es el género, es el ejercicio físico es el protagonismo de la persona en su enfermedad, es dar importancia a las pequeñas cosas que nos relajan y hacen feliz, todos estos factores se interactúan dando lugar a una vida saludable desde nuestra nueva perspectiva la que nos lleva a la persona a lograr controlar la hipertensión y en definitiva a recuperar la salud.

Se confirman las hipótesis: La más relevante es la relación significativa entre el llevar una vida saludable y el control de la H.T.A.

7.2. SEGUNDA PARTE DE LA DISCUSION

La segunda parte de la discusión está dedicada a la exposición de la influencia de la educación de la enfermera sobre la vida saludable.

Se han seguido las consideraciones de V. Fuster sobre la misma. Por ello, hablamos en primer lugar de la dieta. Para él, según lo indica en su obra *La ciencia de la salud*, los vegetales y las frutas disminuyen la presión sanguínea lo que viene a llamar Dasch diet en la que se recomienda la reducción escalonada del número de calorías, y aconseja que la persona no baje de peso rápidamente porque ese mismo peso lo recuperaría en poco tiempo (así es lo que sucede con nuestros pacientes en general que perdieron algún kilo, pero muchas de las veces los recuperaron).

Los resultados fueron:

7.2.1. Exposición

7.2.1.1. Influencia de la educación sobre el IMC

La influencia de la educación sobre el IMC no fue significativa. En el grupo A su IMC basal fue de $29,9 \pm 5,6$ y a los seis meses fue de $30,2 \pm 4,0$, en el B el IMC basal fue de $29,4 \pm 4,5$ y a los seis meses fue de $29,3 \pm 4$ y el grupo C el IMC basal fue de $28,41 \pm 4,3$ y a los seis mese fue de $28,65 \pm 4,6$. .No existen diferencias significativas en los resultados relativos al descenso del IMC (Tabla 18.1,pag.-100). Sin embargo, se ha profundizado en la pérdida de peso y se ha llegado a estos resultados: en el grupo A perdió peso el 50,0% , en el grupo B perdió peso el 35,8% y en el grupo C un 30,3 % (Tabla 18.2,pag.-101).

Se ha sabido a posteriori que dos pacientes lograron perder una cantidad considerable de peso, uno de ellos le había dado un infarto de miocardio en

este tiempo y el otro es una paciente que había sufrido una angina de pecho. Los dos no solo pretendieron controlar su hipertensión sino sobrevivir al accidente vascular. Otros dos pacientes, abandonaron el programa porque no habían perdido peso, sino que habían ganado y pensaban que la enfermera se iba a disgustar por ello. V. Fuster hace énfasis en esta situación en la que explica como la persona pierde rápidamente con una dieta baja en calorías y posteriormente recupera su peso en poco tiempo.

Este resultado nos sirve para reflexionar e intentar cambiar el protocolo de actuación en el paciente con sobrepeso.

7.2.1.2. influencia de la educación sobre el perímetro

En cuanto a la influencia de la educación sobre la vida saludable en la modificación del perímetro de la cintura se ha visto que no existe una relación significativa entre la disminución del perímetro de cintura y la educación, siendo el grupo C (grupo de control) y el más joven a la vez, el que consigue mejores resultados con un 39,7% una $p= 0,058$ (NS). (Tabla 19 pag.-102)

No existió tampoco una relación significativa entre la disminución del perímetro de cadera y la educación para una vida saludable. Sin embargo los mejores resultados fueron en el grupo A (grupo de educación) con un 39,6% con una $p= 0,052$. No se registraron las medidas en centímetros ni se valoró la relación cintura/ cadera . Estos aspectos se han tenido en cuenta detalladamente en el objetivo anterior.(Tabla 20,pag.-102)

7.2.1.3. Influencia sobre la práctica del ejercicio físico

La influencia de la educación sobre la práctica de ejercicio físico fue significativa .El grupo A (grupo de educación) que inicialmente no caminaba nunca en un 45,1% se convirtió en un 9,8%; este mismo grupo inicialmente caminaba treinta minutos un 45,1% y a los seis meses se convirtió en un 62,7% y en el grupo C caminaban entre 30-60 minutos inicialmente era un 43,8% y se convirtió en un 57,8%, en una $p= 0,001$. Estos resultados obtenidos pueden ser

considerados los más satisfactorios de cuantas modificaciones se han visto en la vida saludable de la persona. En relación con el ejercicio V. Fuster sostiene que sus beneficios para la hipertensión son tan buenos que actúan como si de una medicación se tratara. Arroll B, Beaglehole R. en su trabajo *Does physical activity lower blood pressure: a critical review of the clinical trials*. asevera que el ejercicio físico moderado tiene un efecto benefactor, con lo que corrobora nuestros resultado (38).(Tabla 21, pag103).

7.2.1.4. Influencia de la educación sobre los hábitos alimenticios

La influencia de la educación sobre la modificación de los alimentos recomendados y no recomendados se realizó haciendo una valoración inicial de los alimentos recomendados con una puntuación máxima de 45, considerándose satisfactorio cuando la persona logra una valoración de 22,5 o más. Aunque se observa que la ingesta de alimentos recomendados es adecuada en la mayoría de los pacientes, se observó una mejora significativa de la puntuación en los pacientes que recibían educación/información sanitaria (Grupo A- Grupo C $p=0,023$) B-C $p= 0,023$.

Siguiendo el estudio, se hizo una valoración inicial de los alimentos no recomendados con una puntuación máxima de 20, se consideró satisfactorio si el paciente lograba una valoración de 10 o menos (cuanto más baja es la cifra de valoración más saludable). Obsérvese cómo el grupo C, que es un grupo más joven, toma menos alimentos menos recomendados que el grupo A; por tanto, logra bajar menos esta cifra que el grupo A. Las diferencias son significativas entre el grupo A y el C. $p= 0,012$. (Tabla 23-24, pag.-105)

7.2.1.5. influencia de la educación sobre la práctica de relajación

Respecto de la influencia de la educación sanitaria sobre la práctica de relajación o actividades que relajen al paciente vemos como al paciente del grupo A se le ha enseñado durante tres días, técnicas de relajación con la idea de que lo practique en su casa cada día. También hemos querido saber si dedica algún tiempo del día a hacer aquello que le gusta, como puede ser,

jugar a las cartas o charlar con los vecinos. Según nuestros resultados, existe una relación significativa entre esta actividad y también en los que hicieron una relajación no reglada y el buen control de la hipertensión. Diríamos que ellos han hecho que la vida sea algo más relajada y que esto haya influido positivamente. A este propósito V. Fuster (2008) da en su libro "La ciencia y la vida", escrito junto con J. L. Sampedro, tres consejos: el ejercicio físico porque sitúa a quien lo practica en el mundo natural al que pertenece y le da seguridad, la reflexión para el cerebro porque es la comunicación con el que tú tienes dentro y la relajación para el espíritu. Relaciona la vida sana no solo en el cuerpo sino en el espíritu. En su lectura podemos regocijarnos cuando ambos hablan de la influencia de los grupos pequeños en la sociedad y por supuesto en la salud. Nos preguntamos, ¿Acaso la enfermería no se siente feliz en esta ayuda que presta a la sociedad? Si, se siente feliz, ayudar es cuidar, es conseguir que el paciente comprenda su enfermedad, que sepa cuando debe preocuparse y cuando no y conducirlo hacia unos hábitos saludables que le van a ayudar a controlar la HTA⁸⁹

El 63,7% de los pacientes del grupo A inicialmente no practicaba nunca relajación ; a los seis meses el porcentaje se redujo al 9,6%. En el grupo A inicialmente practicaba una relajación no reglada el 23%; a los seis meses fue del 59% en una $p= 0,000$. Existen determinados estudios en los que se sostiene que el hombre, en su vida diaria refleja su nivel socioeconómico, su nivel educacional y cultural;.en este mismo estudio revela la importancia de las técnicas de relajación en la salud. M. González y Valdes,(2005) (46) .

7.2.1.6. Influencia de la educación sobre el hábito del tabaco

La influencia de la educación sanitaria sobre el hábito del tabaco no fue significativa; su resultado fue de una $p= 0,678$ (NS.); tampoco lo fue en el hábito del alcohol. Santa María Cáceres, P. (29) muestra la influencia de la educación en grupo sobre pacientes diabéticos; las conclusiones de su estudio fue que los pacientes consiguieron adquirir hábitos saludables. (Tabla 24, pag.-105)

7.2.1.7. Influencia de la educación sobre los modificación de los hábitos de vida

En la primera visita la enfermera hace una valoración al paciente del y con el se establece los objetivos a alcanzar en una vida saludable. Después de seis meses se evalúa que objetivos ha cumplido y cuales no. Los mejores resultados se dieron en el grupo A que consiguió cumplirlos un 47%, seguido del grupo B en un 31% y el último es el grupo C en un 27% en una $p=0,068$..(Tabla 28. pag.-107). Del Río Moro, enfermero de Cardiovascular de Hospital Clínico de Madrid, realizó un estudio sobre la influencia de la educación sanitaria en la hipertensión, con 200 pacientes en los que deseaba medir la influencia de la educación para la salud en pacientes con H.T.A.. Su conclusión fue que los pacientes que reciben educación para la salud, adquieren hábitos cardiosaludables con lo que se corroboran nuestros resultados (8).

Consideramos que la educación sanitaria influyó en el cumplimiento de los objetivos dirigidos a lograr una vida saludable aunque no significativamente (Tabla 27. pag.-107).

7.2.1.8. Influencia de la educación sobre la fidelidad al tratamiento

La educación sanitaria no influyó en la fidelidad al tratamiento. Existen autores como Montiel, J y Col (1993) que hicieron un estudio sobre el cumplimiento terapéutico y control de la T.A. y vieron como el 35,5% de los pacientes habían realizado un cumplimiento correcto y el 39,9% presentaban un control satisfactorio de la T.A., estos resultados se lograron tras estudiar a 864 pacientes durante tres años. La guía española para el diagnóstico y tratamiento de la H.T.A en España (2002) reconoce que mas del 50% de los pacientes son incumplidores. Según el autor se considera una buena adhesión, cuando se cumple en un 75%. Y añade que solo cambiando los modelos de conducta en el paciente e incentivando su motivación pueden lograrse beneficios en el tratamiento(57).

7.2.2. Conclusión

La variable dependiente ha sido el control de la HTA y las variables independientes todos los aspectos de la vida saludable.

Los mejores resultados en cuanto a la adhesión o seguimiento al tratamiento se dan en el grupo B, que representa el grupo de información, con un 38,5% de personas que toma la medicación, siempre seguidos del grupo C con un 32,8%, que representa al grupo de control y a la vez son los más jóvenes y más cultos y finalmente al grupo A que es el que recibe educación con un 28,7%.

En resumen se destaca:

1. La influencia favorable de la educación en el descenso del peso.
2. La influencia favorable de la educación en la práctica de ejercicio físico.
3. La influencia favorable de la educación en la práctica de relajación, reglada y no reglada.
4. La influencia favorable de la educación en la toma de alimentos recomendados y también en los no recomendados
5. La influencia favorable de la educación en el cumplimiento de objetivos de modificación del estilo de vida.

Estos resultados nos sirven para confirmar nuestra hipótesis.

La educación es el gran instrumento que tiene la enfermera para ayudar a conseguir que la persona viva saludablemente, en este estudio reflejamos todas aquellas variables que pueden darnos una visión de la realidad de la persona en cuanto hábitos, pero, la enfermera enlaza con el paciente de manera que puede dar respuesta a ese gran vacío que tiene y que es la enfermedad, en nuestro caso la H.T.A. para la persona, su enfermedad es algo desconocido que aunque no la siente si sabe que es un enemigo silencioso. Merece una reflexión el que los pacientes del grupo B o de información son los que muestran mayor fidelidad al tratamiento. ¿Quiénes forman este grupo principalmente?. Aunque es una realidad que la muestra se ha distribuido

aleatoriamente según hayan nacido en un año impar o par, se ha visto que el grupo B está formado en muchas de las veces por personas mayores de 70 años y que acuden con uno de sus hijos y ellos son los encargados de que a su madre o padre nunca le falte la medicación y a su vez, la tome cada día así como de que salga cada día a caminar o de que vaya al Centro de Día por la tarde. Los resultados no responden a una cualidad solamente como es el grupo sino por el apoyo que siente el paciente dentro de su familia. Este resultado nos lleva a pensar que los tres días que el paciente está con la enfermera es suficiente, cada paciente tiene en su casa otra enfermera que es generalmente su hija o su hijo.

Se confirma la hipótesis: La educación para la salud influye en el logro de una vida saludable.

7.3. TERCERA PARTE DE LA DISCUSIÓN

La tercera parte de la discusión se dedica a evaluar el impacto del entorno y de la personalidad en el control de la H.T.A, con estos resultados:

La persona y el entorno están ligados como la salud a la enfermedad, por eso nos hemos referido a todos los aspectos que a continuación exponemos con la palabra entorno.

7.3.1. Exposición

7.3.1.1 Influencia de la convivencia en el control del HTA

La convivencia influye en el control de la HTA: el control en un 44,5%% de quienes viven en familia, mientras que sólo llega al 16,8 entre quienes viven solo en una $p= 0,000$. Martín Reyes FI y Rodríguez Durán en su estudio *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión*. Demostró la influencia de la familia en la persona y la salud con lo que corrobora el resultado de nuestra investigación (48). (Tabla 30. pag.-114-115)

7.3.1.2. Influencia de la familia en el control del HTA

La influencia de la familia influyó en el buen control de la HTA de manera significativa en una $p= 0,000$ (Tabla 30.-pag.-114-115)

7.3.1.3. Influencia del trabajo cualificado en el control del HTA

El trabajo cualificado influye significativamente en el control de la HTA. en una $p= 0,041$. (Tabla 30.-pag.-114-115)

7.3.1.4. Influencia de la personalidad en el control del HTA

La misma tabla nos revela que la personalidad tipo A, influyó negativamente en el buen control de la HTA, aunque los pacientes del grupo A obtuvieron mejores resultados (54%) que los que no son de tipo A (42%) . en una $p=0,371$ (NS) (Tabla 30.-pag.-114-115) .

7.3.1.5. Influencia de la conducta disciplinada

En la misma tabla se observa que de un modo significativo los pacientes con conducta disciplinada obtienen mejores resultados que los que tienen una conducta pasiva (un 67% frente a un 33%). En una $p=0,000$ (Tabla 30.-pag.-114-115)

7.3.1.6. Influencia de la fidelidad al tratamiento

Finalmente, en relación con la fidelidad al tratamiento observamos que los pacientes disciplinados lograron una diferencia significativa en el buen control de la HTA, siendo este de un 91,2% frente a un 8,1% que no sabía si las tomaba. En una $p=0,000$. (Tabla 30.-pag.-114-115)

7.3.2. Búsqueda de explicaciones por la que se logran ó no los objetivos

Se han buscado explicaciones por las que unas personas consiguen lograr vivir saludablemente y otras no. Por ello hemos preguntado al paciente si conocía los motivos de su actuación. Se han catalogado las respuestas en motivos familiares, laborales, personales o bien o bien la vida en si. Los resultados más elevados se distribuyeron de un modo semejante entre los que dicen que la causa es laboral (53%) y los que dicen que podría ser la propia persona con un 52%. Consideramos que tanto un aspecto como otro influyen fundamentalmente en la salud. Aunque la enfermería tiene una conexión con la realidad social cada día, creíamos que íbamos a ser capaces de dar alguna explicación por las que unos pacientes logran vivir saludablemente y a su vez controlar la HTA, sin embargo parece ser que los aspectos más influyentes han sido la vida laboral , la propia persona y finalmente la vida. (Tabla 32,pag.-116)

En los últimos años, se ha alcanzado un significativo consenso en torno al modelo de Los cinco factores: Extraversión, neurotismo, afabilidad, tesón y apertura mental. Este modelo, incorpora la mayor parte de los resultados de investigación generados a partir de otros modelos teóricos asociados con dimensiones de afabilidad y tesón, son también relevantes para el desarrollo de conductas saludables y el logro de más elevados niveles de bienestar psíquico.

Finalmente nuestro autor, añade que existen mecanismos que sirven de puente entre estas cinco dimensiones generales de personalidad y salud y que son considerados como factores mediacionales.

Resultan factores mediacionales: La familia, el trabajo, la pareja, el mundo que le rodea y que constituye el apoyo social. La enfermera bien puede incluirse en apoyo social(56) . (Tabla 32,pag.-116)

7.3.3. Conclusión

Este objetivo tiene como variable dependiente la HTA y como independiente la

persona y el entorno.

En resumen se destaca:

1. La influencia favorable de la convivencia en el control de la HTA.
2. La influencia favorable de la familia en el buen control de la HTA.
3. La influencia favorable del trabajo cualificado en el buen control de la HTA.
4. La influencia negativa de la personalidad tipo A en el buen control de la HTA.
5. La influencia favorable de la conducta disciplinada y de la fidelidad al tratamiento en el buen control de la HTA.
6. No ha sido posible encontrar una explicación real a los motivos que llevan a la persona a lograr una vida saludable. Nos inclinamos a pensar que es la propia persona la que decide en su vida y en su salud aunque, existen múltiples condicionantes que influyen en ella. Por eso recordamos la frase inicial, según la cual: **la persona está ligada al entorno como la salud a la enfermedad.**

Por todo ello, se confirma la hipótesis, la vida familiar, la vida laboral cualificada, las condiciones sociodemográficas y el nivel socio cultural influyeron en el control de la (HTA).La personalidad A influyó desfavorablemente en dicho control.

Hoy nos sentimos satisfechos de haber llevado a cabo este trabajo que corrobora el porqué y para qué lo hemos hecho. Independientemente de las conclusiones cualitativas y cuantitativas, la justificación que nos ha hecho abordar el presente estudio, ha servido en primer lugar para beneficiar al paciente por las siguientes razones:

- Se le ha ayudado clínicamente.
- Se le ha proporcionado autonomía en el control de su HTA.
- El paciente ha comprendido cual es la vida saludable.
- Finalmente,ha aprendido a controlar no solo su HTA, sino los demás Factores de Riesgo

Y esto ha sido posible gracias a los dos motores en los que nos hemos apoyado desde el principio:

La educación, la comprensión y la motivación

Se propone un nuevo estilo de vida basado en el cumplimiento de tres recomendaciones:

- Seguir una dieta cardiosaludable.
- Caminar 30 minutos.
- Disfrutar de la vida

.....

Hemos tratado de interpretar los resultados globalmente y hemos visto que el paciente responde a las expectativas que hemos puesto en él; en primer lugar en controlar la hipertensión y en segundo lugar en mejorar sus hábitos de vida, pero la persona es única en sí, cada uno de nosotros es diferente y somos nosotros, la enfermería, la que se tiene que ajustar a él. Por otra parte está su vida, su familia, su trabajo eso que hemos visto que la hipertensión tiene una gran relación consensuada con la edad, pero desde aquí también hemos visto que tiene que ver más con los hábitos.

Los pacientes han incrementado el control sobre su salud mejorándola.

Se ha intentado mejorar sobre las causas, creando un estilo de vida posible para cada uno.

Se les ha enseñado hábitos y habilidades de adaptación a la enfermedad.

Se les ha enseñado a poner soluciones a sus problemas de salud.

Se les ha educado en un estilo de vida saludable.

Se les ha tratado de generar comportamientos activo resolutivos.

Se les ha proporcionado autonomía.

En definitiva se les ha enseñado a madurar con todo ello, nos atrevemos a decir que;

Los resultados del estudio nos permite extrapolar los siguientes

aspectos:

La EpS beneficia el control de la HTA.

La información beneficia el control de la HTA.

La autonomía del paciente beneficia el control de la HTA

La EpS beneficia el logro de una vida saludable.

El apoyo familiar influye en el logro de la HTA.

La vida laboral cualificada influye en el control de la HTA.

El entorno influye en el control de la HTA.

Sin embargo no se puede extrapolar en cuanto al control del IMC, se necesitaría un nuevo protocolo.

Se considera que el grupo A es el que mejores resultados obtiene, pero sin embargo el grupo B (información) que solo ha tenido tres intervenciones de la enfermera consigue también, unos resultados muy satisfactorios, quiere decir que hay una relación entre educación-información y el control de la HTA importante, por este motivo se propone dar al paciente solamente tres visitas, una primera de valoración y educación, una segunda de comprobación de la comprensión y una tercera a los seis meses para su evaluación lo que supondría un ahorro de tiempo por parte de ambos y en cambio el paciente seguiría bien controlado.

8. CONCLUSIONES

La intervención de la enfermera ha sido eficaz en el buen control de la hipertensión.

- ❖ Los pacientes que se toman ellos mismos la tensión arterial logran controlar mejor la hipertensión que aquellos que no lo hacen.

La intervención de la enfermera ha sido eficaz en el logro de una vida saludable.

- ❖ Asumimos que su intervención no ha sido suficientemente eficaz en el control de la obesidad.

La influencia de la vida familiar, la convivencia y la vida laboral cualificada influyen favorablemente en la hipertensión.

- ❖ La personalidad A influye desfavorablemente en el control de la hipertensión aunque no significativamente.

“La vida podría definirse como diástole y sístole”

“La enfermera ha tratado de proyectar en el paciente una filosofía de saber vivir positiva y sana”

“Dicen los filósofos que el corazón tiene razones que la razón no entiende”

Finalmente: “Creemos que si disfrutas de la vida puedes disfrutar de mejor tensión”

La investigación logró responder a los problemas planteados.

9. SUMMARY

Hypertension is a health problem of first magnitude. Several scientific and research groups have established investigation patterns.

The American Committee for Prevention, Evaluation and Treatment have recommended an arterial pressure lower than 140/90 mmHg for patients with hypertension and lower than 135/85 mmHg for patients with hypertension associated with diabetes. Some studies reveal the importance of education of Nursery in health and hypertension, for instance Rocío Tique (2006), Hypertension and Diabetes Nursery from Santa Fe de Bogota Foundation, in her investigation titled “Intervention of Nursery in a preventive approach towards diabetes and hypertension”, or Del Río Moro (2005), who made a study with more than 200 patients reaching a conclusion whereby patients who receive education through speeches and discussions with nurses keep and acquire cardio-appropriate health habits.

The purpose of our investigation is four-fold:

- Know the impact of education for health over hypertension control
- Know the influence of education for health over healthy life
- Observe the influence of the environment over hypertension
- Analyze the reasons why one individual attains or not a healthy life

The objective of our investigation is to evaluate the impact of education for health over the control of hypertension and the transformation of life style and to study the relationship between certain individual, psychological and social factors.

The methodology covers experimental, quasi-experimental, comparative and unicentric in the city of Madrid. The sample is composed of hypertense patients who do not control arterial pressure (AP), all older than 18 years old and who meet the inclusion criteria. The duration of the nurse's intervention with each patient is six months since the first evaluation until the final evaluation. The study commenced in September 2007 and has ended in December 2009. 186 patients were selected (out of a total of 200 patients) according to the study criteria and ended the follow-up process. We used the protocol proposed by the Nursery Model of C. Roy and we worked within the program Nursery Care Process. Patients were split in three groups, two constituting the experimental group. The first group received education for health during six visits to the nurse who taught them relaxation techniques. The second group received education for health only during three visits to the nurse. The third group (control group) did not receive any education or information; only one visit was arranged to register data and evaluate health (plus a final health evaluation six months later).

The results attained at the end of the investigation are:

1. The influence of education for health in the appropriate control of hypertension was significative (almost 90 % was able to control hypertension). The influence of the nurse's information obtained a control of 80 % whereas the control group reached 58 %.
2. Obesity. The influence of education for health does not influence significantly the decrease of body mass; however, the education group obtained the largest Lumber of people who lost weight. Patients that increased their hip size did not control their hypertension.
3. Exercise. The influence of education for health was significant over the practice of physical exercise. The group that initially walked less than 30 minutes started to concern 45 % of the people and afterwards 63 %. The group that initially walked more than 30 minutes started to concern 46 % and afterwards 62 %.

4. Relaxation. The influence of relaxation did result to be significant over hypertension control; however, the fact of enjoying part of the day to make relaxing activities did influence significantly on hypertension control.

The conclusions of the investigation were the following:

- The intervention of the nurse has been significantly efficient in the appropriate hypertension control and in obtaining a healthy life
- Healthy life influences significantly hypertension control
- Family life and affective relationship influence significantly hypertension control

We propose a new life style based on the following three recommendations:

- Follow a cardio-healthy diet
- Walk at least 30 minutes per day
- Enjoy I

9. RESUMEN

La hipertensión (HTA) es un problema de salud de primer orden y diversas sociedades científicas y grupos investigadores han establecido sus pautas de educación..

El sexto informe del Comité Americano para la Prevención, Evaluación y Tratamiento, recomienda una presión arterial inferior a 140/90 mmHg para pacientes con hipertensión e inferior a 135/85 mmHg. para pacientes con hipertensión asociada a diabetes o enfermedades renales. Existen estudios que nos revelan la importancia de la educación de la Enfermería en la salud y en la hipertensión, así: Rocío Tique (2006), enfermera clínica de Hipertensión y Diabetes, desde la Fundación Santa Fe de Bogotá, nos presenta su investigación titulada *“Intervención de la Enfermería en el manejo preventivo de la diabetes e hipertensión”*.-

Del Río Moro (2005), enfermero de Cardiovascular, realizó un estudio con una muestra de 200 pacientes. Su conclusión fue que los pacientes que reciben educación a través de charlas impartidas por enfermeras, mantienen y adquieren hábitos cardiosaludables.

González López y Capote Toledo (2005), enfermeros del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, realizaron la investigación titulada “Educación continuada en consulta de Enfermería especializada: La herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario” Todos ellos demuestran la importancia de la educación para la salud, así como de la intervención de la enfermera..

El propósito de nuestra investigación es cuádruple:

- Conocer el impacto de la educación para la salud (EpS) sobre el control de la hipertensión.
- Conocer la influencia de la (EpS) sobre la vida saludable.
- Observar la influencia del entorno en la hipertensión.
- Profundizar en los motivos por los que la persona logra o no logra una vida saludable.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de la Educación para la Salud (EpS), impartida por enfermería, sobre el control de la (HTA) y en la modificación de estilo de vida.

Evaluar la relación entre determinados personales y sociales (vida familiar, laboral) personales (tipo de personalidad) así como la edad, género, nivel académico, estado civil y convivencia y el grado de control de la HTA.

METODOLOGÍA: Estudio experimental, comparativo y unicéntrico en la ciudad de Madrid. La muestra estuvo formada con pacientes hipertensos que acuden por primera vez por mal control de su presión arterial (P.A.), todos mayores de 18 años y que cumplen los criterios de inclusión. La duración de la intervención de la enfermera con cada paciente es de seis meses desde que le realiza la primera valoración hasta que le evalúa a los seis meses

El estudio se inició en Septiembre del 2007 y ha finalizado en diciembre del 2009. Se recogieron 186 pacientes que cumplieron todos los criterios de

estudio y finalizaron el seguimiento, para ello se necesitaron reclutar a 200 pacientes. Se utilizó el protocolo propuesto por el modelo de enfermería de C. Roy y se trabajó dentro del programa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Los pacientes se recogieron en tres grupos, dos constituirían el grupo experimental.

Al primero se le dió educación para la salud con seis visitas a la enfermera en las que se incluyeron enseñanzas de técnicas de relajación.

Al segundo grupo experimental se le daría información realizando tres visitas a la enfermera.

Al tercero, (grupo control) no se le dió ni educación ni información. Solamente se hizo una visita para registro de datos y la valoración de su salud y a los seis meses una visita de evaluación con una nueva valoración.

RESULTADOS: 1. La influencia de la educación para la salud (EpS) en el buen control de la HTA fue significativa, lograron controlarla un 88,5% frente a un 11,5% que no lo logró. La influencia de la información de la enfermera logró un control del 80,3%, y el grupo de control logró un 58,5%. Es distinto recibir educación que recibir información, sin embargo los resultados de los dos grupos experimentales fueron muy buenos.

2. Obesidad.-La influencia de la educación para la salud, (EpS) en el descenso del índice de masa corporal (IMC) no fue significativa de manera significativa, sin embargo, se observó que el grupo de educación (A) fue el que consiguió mayor número de personas que perdieron peso. Los pacientes que lograron disminuir su perímetro tanto de cintura como de cadera consiguieron mejorar sus niveles de hipertensión. Los que aumentaron su contorno de cadera no controlaron la H.T.A.

3. Ejercicio. La influencia de la educación para la salud, EpS sobre la práctica de ejercicio físico fue significativa. El grupo A que inicialmente caminaban > 30 minutos un 45,1% pasaron a caminar > 30 minutos un 62,7%. El grupo B que inicialmente caminaba > 30 minutos un 46,1% pasaría a 61,6% y el grupo C que inicialmente caminaba > 30 minutos un 43,8% pasó a un 57,8%.

4 .Relajación. La influencia de la relajación ,resultó significativa sobre el control de la HTA, por otra parte, disfrutar de un tiempo del día para realizar actividades que le relajan consigue también mejores controles en la HTA. El grupo A que inicialmente practicaba una relajación no reglada del 23,5% se convirtió en un 58,8%. El grupo B que inicialmente de un 43,0% se convirtió en un 52,3% y el grupo C pasó de un 49,1% a un 56,3%.

5. Vida saludable. La influencia de la vida saludable fue significativa en el buen control de la HTA.

CONCLUSIONES

La intervención de la enfermera ha sido significativamente eficiente en el buen control de la HTA.

La vida saludable influye sobre el control de la H.T.A significativamente

La intervención de la enfermera ha sido significativamente eficiente en el objetivo de lograr una vida saludable.

La vida familiar y la convivencia influyen significativamente sobre la HTA.

La personalidad tipo A influye desfavorablemente sobre el control de la HTA.

Se propone un nuevo estilo de vida basado en el cumplimiento de tres recomendaciones:

- Seguir una dieta cardiosaludable.
- Caminar 30 minutos.
- Disfrutar de la vida.

10. ANEXOS

Anexo nº 1

CALENDARIO DE ACTUACIÓN EN GRUPO EXPERIMENTAL DE EDUCACIÓN

DIRECTA . GRUPO A

El protocolo de hipertensión incluye seis días en los que la enfermera se entrevista con el paciente. Cinco de educación individual.

1º Día (visita inicial).- VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

La Enfermera realizará:

Registro de datos

Identificación de los problemas de salud.

Encuesta alimenticia y de hábitos de salud.

Explicación de la dieta equilibrada (Diet Dash)

Planificación de objetivos.

La enfermera le pide al paciente que se tome la tensión en tres ocasiones fuera del ámbito del Ambulatorio. Si el paciente tiene esfigomanómetro se le pide que lo traiga en la próxima cita para comprobar su funcionamiento. Se despiden con una nueva cita en los próximos 14 días.

2ª Día(visita seguimiento).- 2 semanas después, este día, la enfermera le da educación sobre la presión arterial y los factores que influyen en la misma. Además le proporcionará una tarjeta con sus factores de riesgo, señalizando cuales pueden modificarse y beneficiarle. Se observan las presiones arteriales tomadas fuera del Ambulatorio registrándose la media y se comprobaría el esfigomanómetro si lo tuviera. Así mismo se le darían las recomendaciones para tomarse adecuadamente la presión arterial y primer día de 15 minutos de técnicas de relajación.

3º Día(visita seguimiento).- cuatro semanas después de la 1ª cita, la

enfermera lo dedica a dar educación sobre las repercusiones de la hipertensión.

Se valorará la conducta del paciente y los factores que influyen en su salud. Se observan las presiones arteriales tomadas fuera del Ambulatorio registrándose la media.

Finalmente se le pide, traiga anotado para la próxima entrevista, lo que come, merienda y cena durante tres días y se le dará la 2º sesión de 15 minutos de relajación.

4º Día (visita seguimiento).- seis semanas después de la 1ª día, se observará lo que ha comido y si sigue las recomendaciones dadas. Es una visita de seguimiento en la que la enfermera motivará al paciente en su cambio de conducta. Se observan las presiones arteriales tomadas fuera del Ambulatorio registrándose la media y se le dará la 3º sesión de 15 minutos de relajación.

5º Día(visita seguimiento).- tres meses del inicio, se tratará de comprobar lo

que ha aprendido e intentaremos conocer y aclarar sus dudas. Se observan las presiones arteriales tomadas fuera del Ambulatorio registrándose la media. Finalmente se le realizará una encuesta sobre la influencia que siente de su vida familiar, laboral y de sus aspectos de la personalidad.

6º Día(visita final).- seis meses del inicio, educación en grupo, se le hace la encuesta sobre lo que ha aprendido y evaluación final que incluye la modificación de las cifras en cuanto a sus factores de riesgo, hábitos de salud y la medida de cintura cadera.

Anexo nº 2

CALENDARIO DE ACTUACIÓN EN GRUPO EXPERIMENTAL DE INFORMACIÓN. GRUPO B

Este protocolo de hipertensión incluye tres días en los que la enfermera se entrevista con el paciente.

1º Día (visita inicial).- VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

La Enfermera realizará:

Registro datos

Identificación de los problemas de salud.

Encuesta alimenticia y de hábitos de salud.

Explicación de la dieta equilibrada (Diet Dash)

Planificación de objetivos.

La enfermera le pide al paciente que se tome la tensión en tres ocasiones fuera del ámbito del Ambulatorio. Si el paciente tiene esfigomanómetro se le pide que lo traiga en la próxima cita para comprobar su funcionamiento. Se

despiden con una nueva cita en los próximos 14 días.

2ª Día.- 2 semanas después, este día, la enfermera comprueba la comprensión de la información facilitada en el primer día. Se observan las presiones arteriales tomadas fuera del Ambulatorio registrándose la media. Se despiden con una nueva cita seis meses después de la primera cita.

3º Día(visita final).- seis meses del inicio, se le realizará una encuesta sobre la influencia que siente de su vida familiar, laboral y de sus aspectos de la personalidad , así como la evaluación final que incluye la modificación de las cifras en cuanto a sus factores de riesgo, hábitos de salud y la medida de cintura cadera evaluación final.

Anexo nº3

CALENDARIO DE ACTUACIÓN EN GRUPO CONTROL. GRUPO C

Este protocolo de hipertensión incluye dos días en los que la enfermera se entrevista con el paciente.

1º Día (visita inicial).- VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO

La Enfermera realizará:

Registro datos

Identificación de los problemas de salud.

Encuesta alimenticia y de hábitos de salud

2º Día(visita final).- seis meses del inicio, se le realizará una encuesta sobre la influencia que siente de su vida familiar, laboral y de sus aspectos de la personalidad así como la evaluación final que incluye la modificación de las cifras en cuanto a sus factores de riesgo, hábitos de salud y la medida de cintura-cadera evaluación final alimenticia y de hábitos de salud.

Anexo nº 4

CONTENIDOS DE EDUCACIÓN SOBRE LA HIPERTENSION

Cada Módulo representa aquellos aspectos que hemos tratado que el paciente conociera, como se ha dicho, en unas ocasiones ha sido por escrito y otras directamente.

MÓDULO I

- 1. La hipertensión**
- 2. Contenidos generales**
- 3. Factores de riesgo**
- 4. Modificaciones en los hábitos de vida**

MÓDULO II

- 5. La dieta**

MÓDULO III

- 6. El ejercicio**

Anexo nº5

EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

ENCUESTA QUE EL PACIENTE CUMPLIMENTA AL

FINALIZAR LA EDUCACIÓN A

¿Podría explicar que es la tensión arterial?

Si su tensión es de 140/90, ¿Es usted hipertenso?

¿Qué haría si su tensión arterial en los últimos días es de 120/70?

¿Le parece satisfactorio, caminar todos los días?

Si usted tiene unos kilos demás, ¿Por qué sería conveniente bajar un poco de peso?

Si le invitan a comer, ¿Qué preferiría, una fabada o un plato de legumbres y un lenguado, por ejemplo?

¿Por qué es importante la verdura y la fruta?

Si volviera otra vez. ¿ Qué le gustaría aprender?

Anexo nº 6

Reparto de alimentos DASH DIET

Desayuno: Leche desnatada con un poco de café, una rebanada de pan con aceite y un zumo de 2 naranjas

Media mañana: 1 pieza de fruta y una infusión

Comida: Un primer plato, el que tomamos habitualmente, pero quitándole un cucharón.

Un segundo plato que puede ser de carne, pescado o huevo en tortilla francesa, se le acompaña de un pequeño plato de ensalada aderezada con una cuchara de aceite. De postre una pieza de fruta. Pan 30 gr.

Merienda: 1 yogurt desnatado

Cena: una gran ensalada que contenga al menos cuatro tipos de verdura, lechuga, tomate, zanahoria, rabanitos al que se añade un poco de bonito o jamón york o pavo frío o huevo duro, dependiendo de lo que hayamos comido. Pan 30 gr.

Antes de acostarse: Un vaso de leche desnatada.

Resumen: cinco piezas de fruta, al menos 5 comidas en total. La cena se hará temprano y si fuera después de las 21 horas, se reduciría la cantidad.

Anexo 7

Modelo de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL POR ESCRITO

Estudio epidemiológico longitudinal sobre la influencia de la Enfermería en la Promoción de salud en el paciente con hipertensión arterial en la ciudad de Madrid.

Estudio: Callista Roy.

Yo.....

(nombre completo del paciente)

*He leído la hoja de información que se me ha entregado.

*He podido hacer preguntas sobre el estudio.

*He recibido suficiente información sobre el estudio

*He hablado con:

(nombre del investigador)

*Comprendo que mi participación es voluntaria.

*Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha _/ _/ _/

Día mes año

Fecha _/ _/ _/

día mes año

Firma del participante
investigador

Firma del

Según la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Ud. Puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose al investigador, el cual lo pondrá en conocimiento del promotor

Anexo 8

CALISTA ROY

Hoja de información al paciente y Consentimiento informado

Hoja de Información al paciente

Apreciado/a Sr/Sra,

Por favor, lea atentamente este documento en el cual le proponemos participar en el estudio que lleva por título: **EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EL PACIENTE HIPERTENSO**

Estudio epidemiológico longitudinal sobre la influencia de la Enfermería en la promoción de Salud en el paciente hipertenso.

Objetivo del estudio

El presente estudio pretende conocer

: Observar la influencia de la enfermera en la promoción de salud. Ver la influencia de los aspectos sociales y personales en la hipertensión así como conocer la influencia de los aspectos socio económicos, culturales y demográficos en el hipertenso, así como buscar las explicaciones por las que unos pacientes logran modificar sus hábitos de vida y otros no.

Participación voluntaria

Usted es completamente libre de elegir participar o no en el estudio. Si usted no desea participar, puede expresarlo libremente, sin que esto suponga una alteración en la relación habitual que mantiene con su enfermera, que seguirá siendo la misma.

Si está de acuerdo en participar en el estudio se le pedirá su consentimiento por escrito (consentimiento informado). Se le entregará una copia del impreso de consentimiento informado para que la guarde.

Número de pacientes participantes

Para que la información obtenida tenga valor se necesitan incluir 649 personas que tengan sus mismas características. Por esta razón, está prevista la participación de una serie de pacientes que, al igual que usted, acuden a consultas de Enfermería de Hipertensión en Madrid.

Procedimiento del estudio

La enfermera valorará si el candidato a participar en el estudio y, antes de que usted participe, le explicará en qué consiste, asegurándose de que lo comprende.

Para realizar el estudio se le explicará en que consiste su participación, bien en el grupo experimental o en el grupo de control.

Beneficios y riesgos esperados

Su participación en el estudio no supone ningún riesgo. Tan solo tendrá las posibles molestias ocasionadas por contestar algunas preguntas en el caso que usted forme parte del grupo de control y de acudir a la consulta de Enfermería si usted pertenece al grupo experimental. La enfermera siempre se acomodará a sus actividades y tendrá en cuenta los días que usted puede acudir sin que le ocasione ningún perjuicio.

Confidencialidad

Si acepta participar en el estudio, se mantendrá absoluta confidencialidad de su nombre. Según la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de datos, el consentimiento informado para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Ud puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose al investigador, como responsable de los datos, el cual lo pondrá en conocimiento del resto de los profesionales participantes en el estudio y que tengan acceso de sus datos.

Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contact

Anexo 9

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

ENFERMERA/O:**CENTRO DE SALUD:Nº DE CENTRO:****CÓDIGO DEL PACIENTE:****INICIALES DEL PACIENTE:**

A= Educación.
B= Información.
C= Control

ESQUEMA DE PROCEDIMIENTOS

Información de la enfermera/o

GRUPO CONTROL

1. Revisar criterios inclusión-exclusión de pacientes
2. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
3. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial
4. Explicar el procedimiento para rellenar el cuestionario.
5. Solicitar al paciente que participe en el programa de control.
6. Citar al paciente en 3 meses en consulta médica y en 6 meses para su evaluación.

GRUPO EXPERIMENTAL BASADO EN INFORMACIÓN ESCRITA

1. Revisar criterios inclusión-exclusión de pacientes
2. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
- 3 Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial
4. Explicar el procedimiento para rellenar el cuestionario.
5. Entregar al paciente el folleto informativo sobre la H.T.A.
6. Citar al paciente en 2 semanas para esclarecer las dudas de la información educativa que se le entregó el día inicial, citar en 3 meses en consulta médica y en 6 meses para su evaluación.

GRUPO EXPERIMENTAL DE INTERVENCIÓN BASADO EN EDUCACIÓN DIRECTA CON LA ENFERMERA

1. Revisar criterios de inclusión-exclusión de pacientes
2. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
3. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial.
4. Representan los pacientes que reciben educación directa.
5. Citar en 2-4 y 6 semanas y 3 meses para seguimiento, citar en 6 meses para evaluación

Grupo Experimental A (1) Experimental B (2) Grupo Control C (3)
Iniciales del paciente _____ Código _____ Visita 1 (Fecha: .../.../...)

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos:

Pacientes con hipertensión esencial estable:

Pacientes que aceptan voluntariamente:

Criterios de exclusión

Pacientes con hipertensión secundaria:

Pacientes con una insuficiencia renal de (< 60 ml/min filtrado glomerular/1.73 m.²):

Pacientes con cardiopatía:

Pacientes que presentan alguna otra enfermedad grave:

Pacientes que padecen diabetes tipo I:

Grupo de asignación y motivo-----

Experimental A

Experimental B

Control C

Planificación-----

Grupo A.- Fecha

| 1ª visita | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| inicial | 2se desp | 4se desp | 6se desp | 3me desp | 6me desp |

GrupoB.-Fecha

1ª visita

2ª

6ª

inicial

2se desp

6mes desp

GrupoC.- Fecha

1ª visita

6ª

inicial

6mes desp

Inicialesdel paciente_____

Código _____

Visita 1

(Fecha:../...../.....)

Datos demográficos:

◆ Género: Varón (1) Mujer (2)

◆ Fecha de nacimiento: _____

◆ **Edad:**

Menos de 50 años (1)

Entre 51- 70 años (2)

Mayor de 70 años (3)

◆ **Nivel académico:**

Bajo (1)

Medio (2)

Alto(3)

◆ **Trabajo :**

Activo (1)

Jubilado(2)

Ama de casa(3)

◆ **Estado civil:**

Casado/a (1)

Soltero/a (2)

- Viudo/a (3)
- Divorciado/a (4)

◆Convivencia:

- Solo/a (1)
- En pareja (2)
- Con la familia (3)

◆Aparato:

- Si (1)
- No (2)

Protocolo de actuación, basado en el desarrollo del Proceso de Enfermería (PAE)

Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación y Evaluación

EXPLORACIÓN FÍSICA

Talla:m. Peso:.....Kg.
 IMC.....Kg/m² Contorno
 cintura/cadera.....cm

Elaboración de tarjeta de factores de riesgo

_ **Basal** **Final**

- ◆HTA (1)
- ◆ (LDL) Colesterolemia (2)
- ◆ Hiperglucemia (3)
- ◆ Obesidad (4)
- ◆ Sedentarismo (5)
- ◆ Abuso de alcohol (6)
- ◆ Tabaqismo (7)

Tratamiento inicial final

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Valoración y diagnóstico:

- (1) >140/90
- (2) <160
- (3) >110
- (4) IMC>30
- (5) Camina<30minutos
- (6) >1copa vino
- (7) n° cigarros

HISTORIA NUTRICIONAL INICIAL

Come en casa: Fuera de casa: ¿Añade sal a la comida?:

¿Cuántas comidas programadas hace al día?

Pica entre horas: En caso de picar¿Qué pica?

Verduras: veces/semana zumos naturales:
veces/día

Ensalada: veces/semana Frutas: piezas/día

Lateos: veces/día ¿Cómo son?

Cereales integrales veces/semana

Legumbres: veces/ semana grasa/embutidos:

Pan: cuanto/día clase: bocadillos:

Aceite: clase: mezcla: fritos:

Huevos/frecuencia: /semana De que forma

Carne/frecuencia: /semana Clase:

Embutidos/frecuencia: /semana Clase:

Pescado/frecuencia: /semana Fritos/rebozados:

Horno:

Dulces: /semana Bollería/Chocolate Miel/Be.

Azucaradas:

Alimentos precocinados: Mariscos:

Ayer comió:

Desayuno:

Media mañana:

Comida:

Merienda:

Cena:

Planificación de cuidado (véase evaluación):

Dieta (ver encuesta): DASH DIET

Ejercicio

Se le enseñará a relajarse.

Otras Recomendaciones: En cada una de las citas, traerá tensiones de tres días diferentes tomadas en la última semana y a la misma hora de la consulta de enfermería.

Objetivos:

Visita inicial.

¿Sigue las recomendaciones dietéticas?

| Calidad/cantidad | Valoración : 1 punto Prácticamente nunca | Valoración:2 Algunas veces 1-2/ semana | Valoración:3 De forma regular 3-4- veces/semana | Valoración:4 Prácticamente a diario 4-6- veces/semana | Valoración: 5 Siempre | Total /45 /45 |
|--|---|---|--|--|----------------------------------|------------------------------|
| 1. 1 plato de verdura | | | | | | |
| 2. Cereales integrales | | | | | | |
| 3. Leche y derivados desnatados | | | | | | |
| 4. Legumbre | | | | | | |
| 5. Pollo | | | | | | |
| 6. Pescado | | | | | | |
| 7. Fruta fresca | | | | | | |
| 8. Cinco comidas | | | | | | |
| 9. Pobre en sal | | | | | | |

Índice dietético, alimentos recomendados: Valor inicial Valor final

Maximo 45

Mínimo 9

Nota: Indique con una X los valores conseguidos en la encuesta de la dieta

| Calidad/cantidad | Valoración: 5 | Valoración: 4 | Valoración: 3 | Valoración: 2 | Valoración: 1 | Total /20 |
|------------------------|---------------------|---------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------|-----------|
| | Prácticamente nunca | Algunas veces | De forma regular 3-4 veces/semana | Prácticamente diario | Siempre 7 veces/semana | /20 |
| 1. Carnes rojas | | | | | | |
| 2. Embutidos | | | | | | |
| 3. Fritos | | | | | | |
| 4. Galletas y bollería | | | | | | |

inicial y con una Y los conseguidos en la encuesta de la dieta del último día.

Haga lo mismo referente a la pregunta sobre el tiempo que camina y sobre la relajación.

Índice dietético, alimentos no recomendados: Valor inicial Valor final

Maximo 20

Mínimo 4

Sobre su nivel de actividad física

| Cantidad /calidad | Valoración: 1 | Valoración: 2 | Valoración: 3 | Valoración: 4 | Valoración: 5 | Total /5 |
|-------------------|---------------|---------------|-------------------|--------------------|---------------|----------|
| | Prácticamente | Camino < | Camino 30 minutos | Camino alrededor 1 | Camino | /5 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|-------------|---|--|--|
| | n te nunca | 30 minutos diarios | | hora | 1 hora y voy gimnasi o | | |
| Inicio | | | | | | | |
| 2 semana desp | | | | | | | |
| 4 semanas desp | | | | | | | |
| 6 semanas desp | | | | | | | |
| 3 meses del inicio | | | | | | | |
| 6 meses del inicio | | | | | | | |

Índice de sedentarismo: Valor inicial Valor final

Máximo 05

Mínimo 01

Visita inicial.

Sobre la práctica de otras formas de relajación

| | Valoración n: 0 No realizo nunca | Valoración : 1 1-2 días/semana | Valoración: 2 3-4 dias/semana | Valoración:3 4-5 días/semana | Valoración:4 Diariamente | Valoración n: 5 No necesito relajarme | Total /5 | /5 |
|--------|---|---|--|---|-------------------------------------|--|---------------------|-----------|
| Estado | | | | | | | | |

Índice de relajación: Valor inicial Valor final

Máximo 5

Mínimo 0

Visita de seguimiento

Visita 2 (Fecha:.../...../.....)

EXPLORACIÓN

2º día

FÍSICA

PAS:.....mmHg.

PAD:.....mmHg.

Peso:.....Kg.

IMC.....Kg/m²

Tensión arterial tomada fuera de contexto sanitarios (registre la media)

Primer día de educación sobre la (P.A), factores que influyen en la hipertensión e importancia de seguir adecuadamente el tratamiento.

*1º día de relajación

*Entrega de tarjeta de factores de riesgo

Observaciones:.....

.....

.

Visita de seguimiento

Visita 3 (Fecha:.../...../.....)

EXPLORACIÓN

3º día

FÍSICA

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg.

Peso:.....Kg.

IMC.....Kg/m²

Anotación de tensiones tomadas fuera del contexto sanitario (registre la media)

Segundo día de educación sobre repercusiones de la hipertensión y factores de riesgo.

* 2º día de relajación

*Cuando no le sea posible, se le recomendará un descanso relajado de 20 minutos de reflexión a media mañana y a media tarde.

Observaciones:.....

.....

Visita de seguimiento
Visita de seguimiento

Visita 4 (Fecha:.../...../.....)

EXPLORACIÓN

4º día

FÍSICA

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg.

Peso:.....Kg.

IMC.....Kg/m²

Tensión arterial tomada fuera del contexto sanitario. (registre la media)

Valoración de la conducta del paciente

Valoración de los factores que influyen en su salud

3ª Día de educación sobre la (P.A). En que valores de (P.A.) se recomienda.
Qué hacer ante una subida de (P.A).

3ª día de relajación

Observaciones:.....
.....

Visita de seguimiento

Visita 5 (Fecha:../...../.....)

Cumplimentar cuestionario

EXPLORACIÓN

5º día

FÍSICA

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg.

Peso:.....Kg. IMC.....Kg/m²

Tensión arterial tomada fuera del contexto sanitario. (registre la media)

ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

1.-Familiares

2- Vida laboral

3.- Personalidad

IIIMPORTANCIA DE LA VIDA FAMILIAR

1.- Familiares.- ¿Se siente apoyado por su familia?

Si.....()

No.....()

Observaciones

2. IMPORTANCIA DE LA VIDA LABORAL

¿Su vida laboral es cualificada?

Si.....()

No.....()

Observaciones

3. IMPORTANCIA DE LA PERSONALIDAD TIPO A Y SU

VINCULACIÓN CON LA ENFERMEDAD

¿Se considera usted una persona impaciente?..... 1 2 3 4 5

¿Orienta su vida siempre al logro del éxito profesional? 1 2 3 4 5

¿Se considera una persona competitiva?..... 1 2 3 4 5

¿Necesita tener controlado su ámbito de trabajo o familiar?..... 1 2 3 4 5

¿Se enfada con facilidad?1 2 3 4 5

¿Se considera una persona irónica?1 2 3 4 5

¿Tiendo a perder los estribos?..... 1 2 3 4 5

¿Habla en voz alta?..... 1 2 3 4 5

¿Habla rápidamente?1 2 3 4 5

1= casi nunca 2= algunas veces 3= a menudo 4= casi siempre 5= siempre

Si la contestación a la siguiente encuesta fuera 3 ó 5 se considerará que su personalidad es de tipo A

¿Puede considerarse su personalidad tipo A?(Si) () (No) ()

Visita final

Visita 6 (Fecha:../...../.....)

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg Peso:.....Kg. IMC.....Kg/m²

Contorno cintura/cadera.....cm

EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LA EDUCACIÓN EN GRUPO

¿Podría explicar que es la tensión arterial?

Si su tensión es de 140/90, ¿Es usted hipertenso?

¿Qué haría si su tensión arterial en los últimos días es de 120/70?

¿Le parece satisfactorio, caminar todos los días?

Si usted tiene unos kilos demás,¿Por qué sería conveniente bajar un poco de peso?

Si le invitan a comer, ¿Qué preferiría, una fabada o un plato de legumbres y un lenguado, por ejemplo?

¿Por qué es importante la verdura y la fruta?

¿Qué le gustaría aprender?

Calificación :

Calificación : Si las contestaciones son correctas en el 50% o más se considerará Bien. Si están entre un 25 % y un 50% se considerará regular y por debajo del 25% será mal

Codificación:

Bien.....1
Regular.....2
Mal.....3

Visita final.

Visita 6(Fecha:../...../.....)

HISTORIA NUTRICIONAL FINAL

Come en casa: Fuera de casa: ¿Añade sal a la
comida?:

¿Cuántas comidas programadas hace al día?

Pica entre horas: En caso de picar¿Qué pica?

Verduras: veces/semana zumos:

Ensalada: veces/semana Frutas: veces/día

Lateos: veces/día ¿Cómo son?

Cereales integrales:

Legumbres: veces/ semana grasa/embutidos:

Pan: veces/día clase: bocadillos:

Aceite: clase: mezcla: fritos:

Huevos/frecuencia: De que forma.frecuencia

Carne/frecuencia: Clase:

Embutidos/frecuencia: Clase:

Pescado/frecuencia: Fritos/rebozados:

Horno:

Dulces: Bollería/Chocolate Miel/Be.

Azucaradas:

Alimentos precocinados: Mariscos:

Ayer comió:

Desayuno:

Media mañana:

Comida:

Merienda:

Cena:

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN Y DEL PROTOCOLO

| Fecha | | | | | | |
|-------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 1ª visita | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
| | inicial | 2se desp | 4se desp | 6se desp | 3me desp | 6me desp |

T.A. Consulta

T.A. Fuera (1)

Peso/IMC

| | |
|-----------|-----------|
| 1ª visita | 6ª visita |
| inicial | 6me desp |

A.recomendados

A. restringidos

. sedentarismo

Cintura/cadera (2)

Estilo de vida 1ª visita6ª visita

Dash dieta pobre en sal (3)

Camina cada día. (4)

Cigarrillos (5)

Alcohol (6)

Practica relajación (7)

En la toma de tensión arterial fuera de la consulta; (1) La cifra 1 significará que la P.A es tomada por el propio paciente, con un (2) si farmacia y (3) si Ambulatorio.

(2)La cintura se mide tomando como referencia las crestas iliacas y el ombligo, se expresa en metros, se tomará en el inicio y en el final. La cadera se toma alrededor del cuerpo por las caderas, en el punto más prominente.

(3)Información de dieta en pag.-

(4) recogido en el índice de sedentarismo,

(5) Se registra si fuma o nó.

(6) Se registrará con un (1) si bebe una copa de vino o nada y con un (2) si es más.

(7)Se registrará con un (1) si no lo necesita,(2) si se le ha enseñado a relajarse y practica, (3) si lo necesita y no lo practica,(4)si realiza otras formas de relajación.

INFORME FINAL

Satisfacción de objetivos cumplidos

◆:Satisfactorios: (1)

◆No satisfactorios: (2)

Comentarios de los objetivos alcanzados y de los no alcanzados

◆:Sociales: (1)

◆:Personales (2)

◆:Ambas: (3)

Anexo 10

***EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD DEL
PACIENTE HIPERTENSO***

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

ENFERMERA/O:

CENTRO DE SALUD:Nº DE CENTRO:

CÓDIGO DEL PACIENTE:

INICIALES DEL PACIENTE:

A= Educación.
B= Información.
C= Control

ESQUEMA DE PROCEDIMIENTOS

Información de la enfermera/o

GRUPO CONTROL

7. Revisar criterios inclusión-exclusión de pacientes
8. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
9. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial
10. Explicar el procedimiento para rellenar el cuestionario.
11. Solicitar al paciente que participe en el programa de control.
12. Citar al paciente en 3 meses en consulta médica y en 6 meses para su evaluación.

GRUPO EXPERIMENTAL BASADO EN INFORMACIÓN ESCRITA

1. Revisar criterios inclusión-exclusión de pacientes
2. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
3. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial
4. Explicar el procedimiento para rellenar el cuestionario.
5. Entregar al paciente el folleto informativo sobre la H.T.A.
6. Citar al paciente en 2 semanas para esclarecer las dudas de la información educativa que se le entregó el día inicial, citar en 3 meses en consulta médica y en 6 meses para su evaluación.

GRUPO EXPERIMENTAL DE INTERVENCIÓN BASADO EN EDUCACIÓN DIRECTA CON LA ENFERMERA

- 6. Revisar criterios de inclusión-exclusión de pacientes
- 7. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
- 8. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial.
- 9. Representan los pacientes que reciben educación directa.
- 10. Citar en 2-4 y 6 semanas y 3 meses para seguimiento, citar en 6 meses para evaluación

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos:
- Pacientes con hipertensión esencial estable:
- Pacientes que aceptan voluntariamente:

Criterios de exclusión

- Pacientes con hipertensión secundaria:
- Pacientes con una insuficiencia renal de 1.73 m.^2 ($< 60 \text{ ml/min}$ filtrado glomerular):
- Pacientes con cardiopatía:
- Pacientes que presentan alguna otra enfermedad grave:
- Pacientes que padecen diabetes tipo I :

Grupo de asignación y motivo-----

- Experimental A
- Experimental B
- Control C

Planificación-----

Grupo A.- Fecha.....

1ª visita 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª
inicial 2se desp 4se desp 6se desp 3me desp 6me desp

Grupo B.- Fechas

1ª visita 2º 6ª
Inicial 2se desp 6mes desp

Grupo C.- Fechas.....

1ª visita 6º
inicial 6mes

Inicialesdel paciente_____ Código _____ Visita 1
(Fecha:../...../.....)

◆ Género: Varón (1) Mujer (2)

◆ Fecha de nacimiento: _____

◆ Edad:

Menos de 50 años (1)

Entre 51- 70 años (2)

Mayor de 70 años (3)

◆Nivel académico:

Bajo (1)

Medio (2)

Alto(3)

◆Trabajo :

Activo (1)

Jubilado(2)

Ama de casa(3)

◆Vida laboral:

Cualificada (1)

No cualificada (

◆Estado civil:

- Casado/a (1)
- Soltero/a (2)
- Viudo/a (3)
- Divorciado/a (4)

◆**Convivencia:**

- Solo/a (1)
- En pareja (2)
- Con otra familia (3)

◆**Aparato:**

- Si (1)
- No (2)

Protocolo de actuación, basado en el desarrollo del Proceso de Enfermería (PAE)

Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación y Evaluación

EXPLORACIÓN FÍSICA

Talla:m.

Peso:.....Kg.

IMC.....Kg/m²

Contorno cintura/cadera.....cm

Elaboración de tarjeta de factores de riesgo

Basal

Final

◆**HTA (1)**

◆ **(LDL)Colesterolemia (2)**

◆**Hiperglucemia(3)**

◆**Obesidad (4)**

◆**Sedentarismo (5)**

◆**Abuso de alcohol (6)**

◆**Tabaquismo (7)**

Tratamiento inicial

final

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|
| Tratamiento inicial | | | | | |
| Tratamiento final | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Valoración y diagnóstico:

(8) >140/90

(9) <160

(10) >110

(11) IMC>30

(12) Camina<30minutos

(13) >1copa vino

(14) nº cigarro

HISTORIA NUTRICIONAL INICIAL

Come en casa: Fuera de casa: ¿Añade sala la comida?:

¿Cuántas comidas programadas hace al día?

Pica entre horas: En caso de picar¿Qué pica?

Verduras: veces/semana zumos:

Ensalada: veces/semana Frutas:
 veces/día

Lateos: veces/día ¿Cómo son?

¿Toma cereales integrales?

Legumbres: veces/ semana grasa/embutidos:

Pan: veces/día clase: bocadillos:

Aceite: clase: mezcla: fritos:

Huevos/frecuencia: De que forma.frecuencia

Carne/frecuencia: Clase:

Embutidos/frecuencia: Clase:

Pescado/frecuencia: Fritos/rebozados:

Horno:

Dulces: Bollería/Chocolate Miel/Be.

Azucaradas:

Alimentos precocinados: Mariscos:

Ayer comió:

Desayuno:

Media mañana:

Comida:

Merienda:

Cena:

Planificación de cuidado (véase evaluación)s:

Dieta (ver encuesta): DASH DIET

Ejercicio

Se le enseñará a relajarse.

Otras Recomendaciones: En cada una de las citas, traerá tensiones de tres días diferentes, tomadas fuera del Ambulatorio.

Objetivos

Visita inicial.

¿Sigue las recomendaciones dietéticas?

| Calidad/cantidad | Valoración : 1 punto Prácticamente nunca | Valoración:2 Algunas veces 1-2/ semana | Valoración:3 De forma regular 3-4-veces | Valoración:4 Prácticamente a diario 4-6-veces | Valoración: 5 Siempre | Total /45 /45 |
|--|---|---|---|---|--|--|
| 1. 1 plato de verdura | | | | | | |
| 2. Cereales integrales | | | | | | |
| 3. Leche y derivados desnatados | | | | | | |
| 4. Legumbre | | | | | | |
| 5. Pollo | | | | | | |
| 6. Pescado | | | | | | |
| 7. Fruta fresca | | | | | | |
| 8. Cinco comidas | | | | | | |
| 9. Pobre en sal | | | | | | |

Índice dietético, alimentos recomendados: Valor inicial Valor final

Maximo 45

Mínimo 9

Escribe con una X lo inicial y con Y lo final

Nota: Indique con una X los valores conseguidos en la encuesta de la dieta

inicial y con una Y los conseguidos en la encuesta de la dieta del último día. Haga lo mismo referente a la pregunta sobre el tiempo que camina y sobre la relajación..

Índice dietético, alimentos no recomendados: Valor inicial Valor final

| Calidad/cantidad | Valoración: 1 Practicamente nunca 0 veces/semana | Valoración:2 Algunas veces 1-2 veces/semana | Valoración:3 De forma regular 3-4- veces/semana | Valoración:4 Prácticamente a diario 5-6- veces/semana | Valoración:5 Siempre 7 veces/semana | Total /20 /20 |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 1. Carnes rojas | | | | | | |
| 2.Embutidos | | | | | | |
| 3. Fritos | | | | | | |
| 4.Galletas y bollería | | | | | | |

Máximo 20

Mínimo 4

Sobre su nivel de actividad física

| Cantidad /calidad | Valoración: 1 Prácticamente nunca | Valoración:2 Camino < 30 minutos diarios | Valoración:3 Camino 30 minutos | Valoración:4 Camino alrededor 1 hora | Valoración:5 Camino 1 hora y voy al gimnasio | Total /5 /5 | |
|-------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|-------------|--|
| Inicio/fin al | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Índice de sedentarismo: Valor inicial Valor final

Máximo 05

Mínimo

Visita inicial.

Sobre la práctica de otras formas de relajación

| Actividad/categoría | Valoración: 0 No realizo nunca | Valoración: 1 1-2 días/semana | Valoración: 2 3-4 días/semana | Valoración: 3 4-5 días/semana | Valoración: 4 Diariamente | Valoración : 5 No necesito relajarme | Total /5 | /5 |
|---------------------|---|--|--|--|---------------------------------|--|-------------|----|
| Actividad | | | | | | | | |

Índice de otras formas : Valor inicial Valor final

Máximo 5

Mínimo 0

Visita de seguimiento

Visita 2 (Fecha:.../...../.....)

Visita de comprobación 2 semanas después

EXPLORACIÓN

2º día

FÍSICA

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg. Peso:.....Kg.
IMC.....Kg/m²

ENTENDIÓ LAS EXPLICACIONES DE LAS BONDADES DE LA DIETA:.....SI(1) NO(2)

ENTENDIÓ LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO:.....SI(1) NO(2)

ENTENDIÓ LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO:.....SI(1) NO(2)

ENTENDIÓ LA IMPORTANCIA DE LA RELAJACIÓN:.....SI(1) NO(2)

Observaciones:.....
.....

Visita (Fecha:../../.....)

GRUPO EXPERIMENTAL B

Cumplimentar cuestionario

EXPLORACIÓN

FÍSICA

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg Peso:.....Kg.
IMC.....Kg/m² Contorno cintura/cadera.....cm

ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

- 1.-Familiares**
- 2 Vida laboral**
- 3.- Personalidad**

IMPORTANCIA DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL

1.- Familiares.- ¿Se siente apoyado por su familia?

Si.....()

No.....()

Observaciones

2.-Laboral

¿ Su trabajo es cualificado?

Si.....()

No.....()

Observaciones

3.- IMPORTANCIA DE LA PERSONALIDAD TIPO A Y SU VINCULACIÓN CON LA ENFERMEDAD

- ¿Se considera usted una persona impaciente?..... 1 2 3 4 5
¿Orienta su vida siempre al logro del éxito profesional? 1 2 3 4 5
¿Se considera una persona competitiva?..... 1 2 3 4 5
¿Necesita tener controlado su ámbito de trabajo o familiar?..... 1 2 3 4 5
¿Se enfada con facilidad?1 2 3 4 5
¿Se considera una persona irónica?1 2 3 4 5
¿Tiendo a perder los estribos?..... 1 2 3 4 5
¿Habla en voz alta?..... 1 2 3 4 5
¿Habla rápidamente?1 2 3 4 5

1= casi nunca 2= algunas veces 3= a menudo 4= casi siempre 5=
siempre

Si la contestación a la siguiente encuesta fuera 3 ó 5 se considerará que su personalidad es de tipo A

¿Puede considerarse su personalidad tipo A?.....(Si) () (No)

Visita (Fecha:.../...../.....)

HISTORIA NUTRICIONAL FINAL

Come en casa: Fuera de casa: ¿Añade sal a la comida?:
¿Cuántas comidas programadas hace al día?
Pica entre horas: En caso de picar ¿Qué pica?
Verduras: veces/semana zumos:
Ensalada: veces/semana Frutas:
 veces/día
Lateos: veces/día ¿Cómo son?
Cereales integrales:
Legumbres: veces/ semana grasa/embutidos:
Pan: veces/día clase: bocadillos:
Aceite: clase: mezcla: fritos:
Huevos/frecuencia: De que forma.
Carne/frecuencia: Clase:
Embutidos/frecuencia: Clase:
Pescado/frecuencia: Fritos/rebozados:
Horno:
Dulces: Bollería/Chocolate Miel/Be.
Azucaradas:
Alimentos precocinados: Mariscos:
Ayer comió:
Desayuno:
Media mañana:
Comida:
Merienda:
Cena:

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN Y DEL PROTOCOLO

| Fecha | | | | | | |
|---------|-----------|----------|----------|----------|----------|-------|
| | 1ª visita | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
| inicial | 2se desp | 4se desp | 6se desp | 3me desp | 6me desp | |

T.A. Consulta

T.A. Fuera (1)

Peso/IMC

1ª visita

inicial

6ª visita

6me desp

I.recomendados

I. restringidos

I. sedentarismo

Cintura/cadera (2)

Estilo de vida

1ª visita

6ª visita

Dash dieta pobre en sal (3)

Camina cada día. (4)

Cigarrillos (5)

Alcohol (6)

Practica relajación (7)

En la toma de tensión arterial fuera de la consulta; (1) La cifra 1 significará que la P.A es tomada por el propio paciente, con un (2) si farmacia y (3) si Ambulatorio.

(2)La cintura se mide tomando como referencia las crestas iliacas y el ombligo, se expresa en metros, se tomará en el inicio y en el final. La cadera se toma alrededor del cuerpo por las caderas, en el punto más prominente.

(3)Información de dieta en pag.-

(4) recogido en el índice de sedentarismo,

(5) Se registra si fuma o nó.

(6) Se registrará con un (1) si bebe una copa de vino o nada y con un (2) si es más.

(7) Se registrará con un (1) si no lo necesita,(2) si se le ha enseñado a relajarse y practica, (3) si lo necesita y no lo practica,(4)si realiza otras formas de relajación.

Nota: Información sobre “Estilo de vida saludable” pag.-12

INFORME FINAL

Satisfacción de objetivos cumplidos

◆:Satisfactorios: (1)

◆No satisfactorios: (2)

Comentarios de los objetivos alcanzados y de los no alcanzados

◆:Sociales: (1)

◆:Personales (2)

◆:Ambas: (1)

Anexo 11

***EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD DEL
PACIENTE HIPERTENSO***

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

ENFERMERA/O:

CENTRO DE SALUD:Nº DE CENTRO:

CÓDIGO DEL PACIENTE:

INICIALES DEL PACIENTE:

A= Educación.
B= Información.
C= Control

ESQUEMA DE PROCEDIMIENTOS

Información de la enfermera/o

GRUPO CONTROL

13. Revisar criterios inclusión-exclusión de pacientes
14. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
15. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial
16. Explicar el procedimiento para rellenar el cuestionario.
17. Solicitar al paciente que participe en el programa de control.
18. Citar al paciente en 3 meses en consulta médica y en 6 meses para su evaluación.

GRUPO EXPERIMENTAL BASADO EN INFORMACIÓN ESCRITA

1. Revisar criterios inclusión-exclusión de pacientes
2. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
3. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial
4. Explicar el procedimiento para rellenar el cuestionario.
5. Entregar al paciente el folleto informativo sobre la H.T.A.
6. Citar al paciente en 2 semanas para esclarecer las dudas de la información educativa que se le entregó el día inicial, citar en 3 meses en consulta médica y en 6 meses para su evaluación.

GRUPO EXPERIMENTAL DE INTERVENCIÓN BASADO EN EDUCACIÓN DIRECTA CON LA ENFERMERA

11. Revisar criterios de inclusión-exclusión de pacientes
12. Entregar hoja de información y firmar consentimiento.
13. Rellenar cuaderno de recogida de datos visita inicial.
14. Representan los pacientes que reciben educación directa.
15. Citar en 2-4 y 6 semanas y 3 meses para seguimiento, citar en 6 meses para evaluación

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos:

Pacientes con hipertensión esencial estable:

Pacientes que aceptan voluntariamente:

Criterios de exclusión

Pacientes con hipertensión secundaria:

Pacientes con una insuficiencia renal de 1.73 m.^2 ($< 60 \text{ ml/min}$ filtrado glomerular):

Pacientes con cardiopatía:

Pacientes que presentan alguna otra enfermedad grave:

Pacientes que padecen diabetes tipo I :

Grupo de asignación y motivo

Experimental A

Experimental B

Control C

Planificación

Grupo A.- Fecha.....

| | | | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1ª visita | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
| inicial | 2se desp | 4se desp | 6se desp | 3me desp | 6me desp |

Grupo B.- Fecha.....

| | | |
|------------------|-----------------|------------------|
| 1ª visita | 2ª | 6ª |
| inicial | 2se desp | 6mes desp |

Grupo C.- Fecha.....

| | |
|------------------|-------------|
| 1ª visita | 6º |
| inicial | 6mes |

Inicialesdel paciente _____

Código _____

Visita 1

(Fecha:../...../.....)

◆ Género: Varón (1) Mujer (2)

◆ Fecha de nacimiento: _____

◆ Edad:

Menos de 50 años (1)

Entre 51- 70 años (2)

Mayor de 70 años (3)

◆Nivel académico:

Bajo (1)

Medio (2)

Alto(3)

◆Trabajo :

Activo (1)

Jubilado(2)

Ama de casa(3)

◆Vida laboral:

Cualificada (1)

No cualificada (2)

◆Estado civil:

Casado/a (1)

Soltero/a (2)

Viudo/a (3)

Divorciado/a (4)

◆Convivencia:

Solo/a (1)

En pareja (2)

Con la familia (3)

◆:Aparato:

Si (1)

No (2)

Protocolo de actuación, basado en el desarrollo del Proceso de Enfermería (PAE)

Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación y Evaluación

EXPLORACIÓN FÍSICA

Talla:m. Peso:.....Kg.
 IMC.....Kg/m² Contorno
 cintura/cadera.....cm

Elaboración de tarjeta de factores de riesgo

| | Basal | | Final |
|---------------------------|-------|--|-------|
| ♦HTA (1) | | | |
| ♦ (LDL)Colesterolemia (2) | | | |
| ♦Hiperglucia | | | |
| ♦Obesidad (4) | | | |
| ♦Sedentarismo (5) | | | |
| ♦Abuso de alcohol (6) | | | |
| ♦Tabaquismo (7) | | | |
| Tratamiento inicial | | | |
| final | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Valoración y diagnóstico:

- (15) >140/90
- (16) <160
- (17) >110
- (18) IMC>30
- (19) Camina<30minutos
- (20) >1copa vino
- (21) nºcigarro

Visita inicial.

¿Sigue las recomendaciones dietéticas?

| Calidad/cantidad | Valoración : 1 punto Prácticamente nunca | Valoración:2 Algunas veces 1-2/ semana | Valoración:3 De forma regular 3-4-veces | Valoración:4 Prácticamente a diario 4-6-veces | Valoración:5 Siempre | Total /45 /45 |
|---------------------------------|---|---|---|---|-------------------------|---------------------|
| 1. 1 plato de verdura | | | | | | |
| 2. Cereales integrales | | | | | | |
| 3. Leche y derivados desnatados | | | | | | |
| 4. Legumbre | | | | | | |
| 5. Pollo | | | | | | |
| 6. Pescado | | | | | | |
| 7. Fruta fresca | | | | | | |
| 8. Cinco comidas | | | | | | |
| 9. Pobre en sal | | | | | | |

Índice dietético, alimentos recomendados: Valor inicial Valor final

Maximo 45

Mínimo 9

Nota: Indique con una X los valores conseguidos en la encuesta de la dieta inicial y con una Y los conseguidos en la encuesta de la dieta del último día. Haga lo mismo referente a la pregunta sobre el tiempo que camina y sobre la relajación..

| Calidad/cantidad | Valoración:1 Practicamente nunca.- | Valoración:2 Algunas veces | Valoración:3 De forma regular 3-4-veces | Valoración:4 Prácticamente a diario 4-6-veces | Valoración:5 Siempre | Total /20 /20 |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---|---|-------------------------|---------------------|
| 1. Carnes rojas | | | | | | |
| 2.Embutidos | | | | | | |
| 3. Fritos | | | | | | |
| 4.Galletas y bollería | | | | | | |

Visita inicial

Índice dietético, alimentos no recomendados: Valor inicial Valor final

Máximo 20

Mínimo 4

Sobre su nivel de actividad física

| Cantidad/ calidad | Valoración: 1 Prácticame nte nunca | Valoración: 2 Camino < 30 minutos diarios | Valoración:3 Camino < 30 minutos | Valoración:4 Camino < 1 hora | Valoración:5 Camino < 1 hora y voy gimnasi o | Total /5 | /5 |
|----------------------|---|--|---|---------------------------------------|---|-------------|----|
| Inicio/Final | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Índice de sedentarismo: Valor inicial Valor final

Máximo 05

Mínimo 1

Visita inicial.

Sobre la práctica de otras formas de relajación

| Valoración | Valoración | Valoración | Valoración | Valoración | Valoración | Valoración | Total |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--|------------|-------|
| Valoración: 0 No realizo nunca | Valoración: 1 1-2 días/semana | Valoración: 2 3-4 días/semana | Valoración: 3 4-5 días/semana | Valoración: 4 Diariamente | Valoración: 5 No necesito relajarme | /5 | /5 |
| Inicio | | | | | | | |

Índice de otras formas : Valor inicial Valor final

Máximo 5

Mínimo 0

Visita final

Visita 6 (Fecha:../...../.....)

GRUPO EXPERIMENTAL B

*** Complimentar cuestionario**

EXPLORACIÓN

6º día

FÍSICA

PAS:.....mmHg. PAD:.....mmHg

Peso:.....Kg.

IMC.....Kg/m²

Contorno cintura/cadera.....cm

ASPECTOS SOCIOLOGICOS

1.-Familiares

2- Vida laboral

3.- Personalidad

IMPORTANCIA DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL

1.- Familiares.- ¿Se siente apoyado por su familia?

Si.....()

No.....()

Observaciones

2.-Laboral

¿ Su trabajo es cualificado?

Si.....()

No.....()

Observaciones

33. IMPORTANCIA DE LA PERSONALIDAD TIPO A Y SU VINCULACIÓN CON LA ENFERMEDAD

¿Se considera usted una persona impaciente?..... 1 2 3 4 5

¿Orienta su vida siempre al logro del éxito profesional? 1 2 3 4 5

¿Se considera una persona competitiva?..... 1 2 3 4 5

¿Necesita tener controlado su ámbito de trabajo o familiar?..... 1 2 3 4 5

¿Se enfada con facilidad?1 2 3 4 5

¿Se considera una persona irónica?1 2 3 4 5

¿Tiendo a perder los estribos?..... 1 2 3 4 5

¿Habla en voz alta?..... 1 2 3 4 5

¿Habla rápidamente?1 2 3 4 5

1= casi nunca 2= algunas veces 3= a menudo 4= casi siempre 5=
siempre

Si la contestación a la siguiente encuesta fuera 3 ó 5 se considerará que su
personalidad es de tipo A

¿Puede considerarse su personalidad tipo A?(Si) () (No)

Visita 6(Fecha:../...../.....)

HISTORIA NUTRICIONAL FINAL

Come en casa: **Fuera de casa: ¿Añade sal a la comida?:**
¿Cuántas comidas programadas hace al día?

Pica entre horas: **En caso de picar¿Qué pica?**

Verduras: **veces/semana zumos:**

Ensalada: **veces/semana Frutas:**
veces/día

Lateos: **veces/día ¿Cómo son?**

Cereales integrales:

Legumbres: **veces/ semana grasa/embutidos:**

Pan: **veces/día clase: bocadillos:**

Aceite: **clase: mezcla: fritos:**

Huevos/frecuencia: **De que forma.**

Carne/frecuencia: **Clase:**

Embutidos/frecuencia: **Clase:**

Pescado/frecuencia: **Fritos/rebozados: Horno:**

Dulces: **Bollería/Chocolate Miel/Be. Azucaradas:**

Alimentos precocinados: **Mariscos:**

Ayer comió:

Desayuno:

Media mañana:

Comida:

Merienda:

Cena:

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN Y DEL PROTOCOLO

| Fecha | | | | | | |
|-----------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | 1ª visita | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
| inicial | 2se desp | 4se desp | 6se desp | 3me desp | 6me desp | |
| T.A. Consulta | | | | | | |
| T.A. Fuera (1) | | | | | | |
| Peso/IMC | | | | | | |
| | 1ª visita | | | | | 6ª visita |
| | inicial | | | | | 6me desp |

I.recomendados

I. restringidos

I. sedentarismo

Cintura/cadera (2)

Estilo de vida

1ª visita

6ª visita

Dash dieta pobre en sal (3)

Camina cada día. (4)

Cigarrillos (5)

Alcohol (6)

Practica relajación (7)

En la toma de tensión arterial fuera de la consulta; (1) La cifra 1 significará que la P.A es tomada por el propio paciente, con un (2) si farmacia y (3) si Ambulatorio.

(2)La cintura se mide tomando como referencia las crestas iliacas y el ombligo, se expresa en metros, se tomará en el inicio y en el final. La cadera se toma alrededor del cuerpo por las caderas, en el punto más prominente.

(3)Información de dieta en pag.-

(4) recogido en el índice de sedentarismo,

(5) Se registra si fuma o nó.

(6) Se registrará con un (1) si bebe una copa de vino o nada y con un (2) si es más.

(7) Se registrará con un (1) si no lo necesita, (2) si se le ha enseñado a relajarse y practica, (3) si lo necesita y no lo practica, (4) si realiza otras formas de relajación.

Nota: Información sobre "Estilo de vida saludable" pag.-12

En la toma de tensión arterial fuera de la consulta; (1) La cifra 1 significará que la P.A es tomada por el propio paciente, con un (2) si farmacia y (3) si Ambulatorio.

(2) La cintura se mide tomando como referencia las crestas iliacas y el ombligo, se expresa en metros, se tomará en el inicio y en el final.

(3) Información de dieta en pag.-

(4) recogido en el índice de sedentarismo,

(5) Se registra si fuma o nó.

(6) Se registrará con un (1) si bebe una copa de vino o nada y con un (2) si es más.

(7) Se registrará con un (1) si no lo necesita, (2) si se le ha enseñado a relajarse y practica, (3) si lo necesita y no lo practica, (4) si realiza otras formas de relajación.

Nota: Información sobre.

INFORME FINAL

Satisfacción de objetivos cumplidos

◆:Satisfactorios: (1) □

◆No satisfactorios: (2)

Comentarios de los objetivos alcanzados y de los no alcanzados

◆:Sociales: (1) □

◆:Personales (2) □

◆:Ambas: (1)

11 HISTORIA DE UN PACIENTE.

“Mi hipertensión”

Padezco de hipertensión desde hace aproximadamente entre 10 y 15 años. No sé si la misma es producto de alguna disfunción de mi organismo de carácter hereditario o bien se ha generado como consecuencia de factores ambientales.

Respecto de lo primero tengo que decir que un hermano de mi padre, a pesar de ser una persona sumamente delgada, padecía esta enfermedad, y en los últimos años de su vida necesitaba acudir varios días a la semana a hemodiálisis.

Con independencia de lo anterior, creo que los factores ambientales, si no han sido determinantes, al menos han tenido o tienen bastante influencia en mi caso.

Desde que cumplí los veinte años, tengo un trabajo que me obliga a conducir al menos 10 horas diarias dentro de la ciudad, y aunque el conducir no me produce especial esfuerzo, a esta actividad se añade una actividad comercial que en algunos momentos de la jornada puede llegar a ser un poco frenética, como consecuencia de las prisas por dejar los productos en los puntos de ventas en un espacio de tiempo muy corto. Si a esto añadimos que la jornada laboral comienza a las cuatro de la mañana....

A lo largo de mi experiencia de más de 20 años en la empresa PANRICO S. A. , nueve de ellos como miembro del Comité de empresa, he visto cómo esta actividad ha ido influyendo negativamente en los comportamientos de muchos de mis compañeros (alcoholismo, tabaquismo, ludopatía, alimentación, etc....) que han afectado en distintos aspectos de salud, entre ellos la hipertensión.

No tengo ningún tipo de problema familiar serio ni de ningún otro tipo, salvo las típicas incidencias de cada día. Aunque no practico religión alguna, me considero cristiano. No sé si es esto lo que me hace ser optimista, o es que soy cristiano por ser optimista. Sea lo que sea, me siento cómodo siendo cómo soy.

Por tanto, si hay que buscar algún culpable de mi enfermedad que no sea yo, creo que el máximo sospechoso es el trabajo. Estoy seguro que de tener un trabajo con poco estrés y que me permitiera hacer todos los días largas caminatas, mi problema habría desaparecido. De hecho los días que puedo nadar durante 90 minutos o andar durante dos o tres horas, mi cuerpo se encuentra como un reloj.

Julio Sánchez Acevedo

12. IMÁGENES REPRESENTATIVAS



13. . BIBLIOGRAFÍA

1. Coca, A. *Evolución de la Hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlares 2001*. *Hipertensión* 2002; 19(9): 390-399
2. *Enciclopedia Real Academia Española* 22ª Edición 2001.
3. Fundación Farmaindustria.El paciente en España, *El País* 23 de marzo 2005, pag 39
4. Fuster, V, *La ciencia de la Salud*, Planeta , Barcelona 2006
5. IX Reunión Nacional de la Sech-Lelha ,www.sch-lelha.org/-36k (información recogida en el *Diario Médico* marzo 2006
6. V Reunión de Enfermería de Hipertensión y riesgo Cardiovascular en España (2006) . www.seh-lelha.org/pd/ehrica
7. Rocio Tique, Cl.: Intervención de Enfermería en el manejo preventivo de la diabetes e hipertensión, www.seh-lelha.org/pd/ehrica 2006 (información recogida en marzo 2006)
8. del Rio Moro, O. Educación Sanitaria a Pacientes con Cardiopatía Isquémica, 24 *Enfermería en Cardiología* n° 35/2º cuatrimestre 2005
9. González López, JL y Capote Toledo, ML, *Educación continuada en consulta de Enfermería especializada: La herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario*. Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Servicio de Hemodinámica y Cardiología. [http.com/revista/ 3501.pdf](http://com.revista/3501.pdf). (recogido mayo 2006)
10. Donati P, *Manual de Sociología de la salud*, Diaz Santos Ediciones, Madrid 1994
11. *Enciclopedia Real Academia Española* 22ª Edicion (2001)
12. *Enciclopedia Real Academia Española* 22ª Edicion (2001)
13. Garrido Abejar M y Serrano Parra MD, *Enfermería Fundamental*, Masson, Barcelona 2003
14. Sigerist, He.: *Medicine and humane welfare*. Yale, University Press,(1991).
15. Terris M.; *La revolución epidemiológica y la Medicina Social*, . Siglo XXI , Méjico, 1982.
16. Fernández Ferrín C, *Enfermería Fundamental*, Masson, S.A. ,Barcelona, 2003

17. Gil López, E, *Glosario de Promoción de la Salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo [www. Educación para la salud.com/Glosario% 20PS%20MS.pdf](http://www.Educación para la salud.com/Glosario%20PS%20MS.pdf)
18. Watson J, *The Philosophy and Ciencia of Caring en Enfermería Fundamental*, Masson,S.A. Barcelona 2003
19. García P,*Guía Educativa para una vida saludable*, http://www.minsal.cl/ici/vida_sana.asp (información recogida marzo 06)
20. Kyngäs, H, Lahdenpera, T., Compliance of patines with Hipertensión and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 29: (832-839)
21. Intner P., Chen, J, Rocella, EJ, Streiffer, RH, Whelton.,PK, Factors associated with Hipertensión control in the general population of the United States. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1051-8.
22. X reunión nacional del grupo de trabajo de Enfermería en hemodinámica. *Enfermería en Cardiología nº 22/1º cuatrimestre 2001*;**Error! Referencia de hipervínculo no válida.** (recogida mayo2006)
23. Fuster, V, *La ciencia de la salud*, Planeta, Barcelona,2006
24. .Fernández Ferrín, C, *Enfermería Fundamental*, Masson,S.A. Barcelona, 2003.
25. Fernández Ferrín, C, *Enfermería Fundamental*, Masson,S.A. Barcelona, 2003
26. Domínguez Alcón,c. *Los cuidados y la profesión de enfermería en España*, Prámidas, Edicción, Madrid (1986)
27. He, J, The Lancet 2005; 365: 217-223), publicado en *Diario Médico* ,14 de enero 2005.
28. Alvarez Miranda, L. Influencia de la Enfermera en el cuidado del hipertenso. Area de la Salud, Pedro Borrás. Pinar del Rio. www.bvs.sld.cv/revistas/enf/vol16-1-00/enf10100.htm-33k(recogido en marzo2006)
29. Santamaría Cáceres, P. La terapia de grupo como herramienta de trabajo y la educación sanitaria de los pacientes con diabetes mellitua, *Revista de enfermería Metas* (2003 mayo); 5524-26
30. German.C.(1994) :El control de la hipertensión en la Atención Primaria Evaluación de un programa de autocuidado, *revista de enfermería, Rol, núm.13* (13-17)
31. Marco-Franco, J, *Diario de Nefrología para el XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología* , nº 1-13 octubre 2003
32. Muntzel M, Drueke T. A comprehensive review of the SALT and blood pressure relationship. *Am J Hypertens* 1992;5 (suppl) 1S-42S.

33. Van Montfrans GA, Karemaker JM, Wieling w, Dunning AJ. *Relaxation therapy and continuous ambulatory blood pressure in mild hipertensión: a controlled study.* *Br Med J* 1990; 300: 1368-1372.
34. *The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC V).* *Arch Intern Med* 1993; 153:154-183.
35. Zuzurruga-Gómez de la Barra, A y Villarroel Mendel, J: UNMSM. *Sistemas de Bibliotecas y Biblioteca Central* sisbiblio@unmsm.edu.pe (recogido abril 2010)
36. Garza Benito Garza Benito, F., Ferreira Monterob, I y del Rio Ligorith. www.revespcardio.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/crdio/mrevista-cardio.fulltext?pid=13083448
37. Blair SN, Khol HW III, Paffenhurger RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. *Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and woman.* *JAMA* (1989);262: 2395-2401.
38. Arroll B, Beaglehole R.: *Does physical activity lower blood pressure: a critical review of the clinical trials.* *J Clin Epidemiol* (1992); 45: 439-447
39. Blair SN, Khol HW III, Paffenhurger RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. *Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and woman.* *JAMA* (1989);262: 2395-2401
40. Mac Mahon, S.: *Alcohol consumption and hipertensión.* *Hipertensión* (1987); 9: 111-121.
41. Marmot M, Brunner E.: *Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U-shaped curve.* *Br Med J* (1991); 303: 565-568.
42. Neaton JD, Wentworth D.: for the Múltiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary Herat disease. *Overall findings and differences by age for 316.099 white men.* *Arch Intern Med* (1992); 56-54.45
<http://www.tabaquismo.freehosting.net/>
43. Van Montfrans GA, Karemaker JM, Wieling W, Dunning AJ.: *Relaxation therapy and continuous ambulatory blood pressure in mild hipertensión: a controlled study.* *Br Med J* (1990); 300: 1368-1372.
44. Lòpez Ibor, M(2004) :*Tratado De Psiquiatría I*, Barcelona, Paidos.
45. Fernández Abascal Enrique G, Palmero F Y Martín Diaz M. D.: *Reactividad cardiovascular, principios y características.* *Ansiedad y Estrés.*4(2-3),(1989);195-206.
46. González M y Valdes E, *Hipertensión arterial y estrés. Una experiencia* , <http://www.infomed.sid.cul/revista/mil/vol29-1001mz<<zmvzcxbbg>(recogido en marzo 2005)

47. Centro de control y Prevención de enfermedades del país norteamericano, Harvard Medical School, http://www.ONDA_salud.com (recogido, Marzo 2006)
48. Martín Reyes Fl y Rodríguez Duran, M *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial*. <http://www.insp.mx/salud/43/434-8.pdf>. (recogido en marzo 2005)
49. Ulrich Beck U y Beck Gernsheim E, *El normal caos del amor*, Paidós, Barcelona (2001)
50. Minnchin S, Rosman B, Baker L (1987): *Psychomatic Families*. Cambridge, MA: Harvard University Press,
51. Sapena Pastor, O. *Trabajo, Estrés y Matrimonio*. <http://www.sapena.com>
52. *Enciclopedia Real Academia Española 22ª Edición (2001)*
53. Lewin, K (1991): "Kurt Lewin y la teoría de campo" en Schellenberg, J. *Los fundadores de la psicología social*, Madrid, Alianza .
54. Bermúdez, J. (1997): *Adenda de la personalidad, procesos psicológicos y conductas de salud*. Madrid, UNED.
55. Costa, J y Crae M (1997): *Adenda de la personalidad, procesos psicológicos y conductas de salud*, Madrid, UNED.
56. Bermudez, J. (1997): *Adenda de la personalidad, procesos psicológicos y conductas de salud*. Madrid, UNED.
57. Montiel, L: *La salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*. Madrid, Universidad Complutense, 1993.
58. Martín Alonso, L: Escuela Nacional de Salud Pública, *Rev. Cubana Pública* 2007; 33 (3)
59. Seghieri G.: La HTA se asocia a la masa muscular en hombres obesos, *Diario Médico*. Com. (23 de junio 2005)
60. Nadal, M. Hospital General de Skellftea Universidad de Norrland, Suecia. <http://www.medspain.com/index.ht/> (recogido, Junio 2006)
61. Honzikova, Natasa. Cambios en los niños, *Diario Médico* , Jun 2005 (pag 28)
62. Fernández, Esteve; Benach, Joan; Borrel, Carme, *El papel de la promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades sociales*, *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 2002 ABR-JUN; (127)
63. Lurbe, E, www.consumer.es/web/es/salud/2006/03/01/149798.php - 37k (recogido en mayo 2006)

64. Charlotte Schocuborn .(1999) familia y salud, *Harvard Medical School* ,Onda Salud.com <http://www.ONDAsalud.com.21/12/004> (recogido marzo2005)
65. Lynd, J.J.(2005),: *Las consecuencias de la soledad en La tercera edad* Canet,C.self-help. www.amores.com.co/noticia.php?nt=1132 (recogido, Abril 2006)
66. Sapena Pastor,O.: http://www.sapena.com.py/arti_0029.htm (recogido Marzo 2004)
67. González A y Valdés E. *Hipertensión arterial y estrés. Una Experiencia.* http://infomed.sid.cul/revista/mil/vol_129-1001mz<<zmzcxbbg
68. Wilson H, recortes de prensa, *revista The Guardian*, www.diariomedico.com/foros (publicado en mayo 2006)
69. Delamothe,T Consejos para la conquista de la felicidad, recorte de prensa de la *Brisa Medical Journal*, *Diario Medico.com*, publicado el 30 de diciembre 2005
70. Nadal, M. Hospital General de Skelleftea, *Universidad de Norrland*,
- 71.Soriguer Escofet, F.J.C.¿*Es la Clínica una Ciencia?*Diaz Santos, Ediciones 1992; 295: 1033-1036
- 72.Mead, G.E.(1991): Gearge H. Mead y el interaccionismo simbólico en Schellenberg,J. *Los fundadores de la psicología social*, Madrid, Alianza Editorial.
73. Ferrin,F.:www.um.es/eu-enfermería/estudios/guia 2005-2006 pdf (información recogida, marzo2006)
- 74.Jacobson, *Técnicas de relajación en Hipertensión intervención psicológica*,Eudema, S.A. Barcelona 2002
75. Frank,J.P. *Oratorio Academica de populorum miseria, morborum genitrice*,en López Piñero J.L.:*Medicina,Historia*, Ariel, Ediciones, Barcelona (1990) pp.204-207
76. Fernández E, Benach,J; Borrell, C; El papel de la promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud. Documento Social: *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 2002 ABR-JUN; pp (143-155)
77. www-sech-lelha.org (información recogida en el *Diario Médico*, marzo 2010)
- 78.*Enciclopedia Real Academia Española 22ª Edicion (2001)*
- 79.*Enciclopedia Real Academia Española 22ª Edicion (2001)*
80. *Enciclopedia Real Academia Española 22ª Edicion (2001)*

- 81.** Mendoza, J. *Inventario de Actividad de Yenkin*, Universidad Complutense, patrón de conducta (1990)
- 82.** *Enciclopedia Real Academia Española 22ª Edición* (2001)
- 83.** Buceta, J.M., Bueno, A.M. *Psicología y salud. Control del estrés y trastornos asociados*, Madrid: Dykinson, 1995
- 84.** *Enciclopedia Real Academia Española 22ª Edición* (2001)
- 85.** Fernández Ferrín, C, *Enfermería Fundamental*, Masson, S.A. Barcelona, 2003
- 86.-** Ortega y Gasset, J: *El hombre y la gente*, Revista de Occidente en Alianza Editorial, S.A., Madrid 2010
- 87.-** Banegas JR. *Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 489-94
- 88.-** German, C. (1994): El control de la hipertensión en la Atención Primaria Evaluación de un programa de autocuidado, *Revista de enfermería, Rol*, num 13 (13-17)
- 89.-** Fuster, V y Sanpedro J.L. : *La ciencia y la vida*, Plaza Janes, Madrid (2008)