



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

III SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA MODIFICACIÓN
DE LOS FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
(HTA) EN EL ADULTO EN EL GRUPO DE APOYO DE DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE LA CIUDAD DEL
PUYO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ABRIL 2011”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Álvarez Bayas, Tania Fabiola.

Tutor: Dr. Lana Saavedra, Héctor Enrique

Ambato – Ecuador

Julio, 2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema: “INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN EL ADULTO EN EL GRUPO DE APOYO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE LA CIUDAD DEL PUYO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ABRIL 2011” de Tania Fabiola Álvarez Bayas egresado de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo.

Ambato, mayo del 2011

EL TUTOR

.....
Dr. Lana Saavedra Héctor Enrique

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN EL ADULTO EN EL GRUPO DE APOYO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE LA CIUDAD DEL PUYO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ABRIL 2011”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, mayo del 2011

EL AUTOR

.....
Tania Fabiola Álvarez Bayas

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la institución. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, abril del 2011.

EL AUTOR

.....
Álvarez Bayas Tania Fabiola

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN EL ADULTO EN EL GRUPO DE APOYO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE LA CIUDAD DEL PUYO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ABRIL 2011” de Tania Fabiola Álvarez Bayas, egresado de la Carrera de Medicina.

Ambato, mayo del 2011

Para constancia firman

.....
Dr. Carlos Vaca

.....
Dr. Jorge Morales

.....
Lic. Paola Mantilla

DEDICATORIA

A todas las personas involucradas en la Atención Primaria de Salud, y a los pacientes diabéticos e hipertensos que hoy forman parte del grupo de apoyo de Hospital Provincial Puyo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres y maestros por sembrar en mí la semilla del estudio y la investigación, que me han permitido crecer y a todos aquellos que han sido partícipes de mi investigación.

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

Portada.....	I
Aprobación del tutor.....	II
Autoría de la tesis.....	III
Derechos de autor.....	IV
Aprobación del tribunal de grado.....	V
Dedicatoria.....	VI
Agradecimiento.....	VII
Índice General.....	VIII
Índice de tablas y gráfico.....	XII
Resumen.....	XIV
Summary.....	XV

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico.....	16
1.2.3 Prognosis.....	18
1.2.4 Formulación del problema.....	20
1.2.5 Preguntas directrices.....	20
1.3 Justificación.....	21
1.4 Objetivos.....	22
1.4.1 General.....	22
1.4.2 Específicos.....	22

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1	Antecedentes investigativo.....	24
2.2	Fundamentación filosófica.....	29
2.3	Fundamentación legal.....	31
2.4	Categorización de variables.....	34
2.5	Señalamiento de variables.....	35
2.5.1	Modelo transteórico de los cambios conductuales de Prochaska.....	35
2.5.1.1	Estadios de cambio.....	36
2.5.1.1.1	Precontemplación.....	37
2.5.1.1.2	Contemplación.....	38
2.5.1.1.3	Preparación.....	39
2.5.1.1.4	Acción.....	39
2.5.1.1.5	Mantenimiento.....	39
2.5.1.1.6	Recaída.....	40
2.5.1.1.7	Finalización.....	40
2.5.1.2	Proceso de cambio.....	40
2.5.1.2.1	Aumento de la concienciación.....	42
2.5.1.2.2	Autoevaluación.....	42
2.5.1.2.3	Reevaluación ambiental.....	42
2.5.1.2.4	Alivio por dramatización.....	42
2.5.1.2.5	Autoliberación.....	42
2.5.1.2.6	Liberación social.....	43
2.5.1.2.7	Manejo de contingencias.....	43
2.5.1.2.8	Relaciones de ayuda.....	43
2.5.1.2.9	Contracondicionamiento.....	43
2.5.1.2.10	Control de estímulos.....	43
2.5.1.3	Balance decisorio.....	44
2.5.1.4	Autoeficacia.....	44
2.5.1.5	Tentación.....	44
2.5.1.6	Niveles de cambio.....	45
2.5.2	Factores de Riesgo de Hipertensión Arterial.....	45
2.5.2.1	Factores de riesgo no modificables.....	46
2.5.2.1.1	Edad.....	46

2.5.2.1.2	Sexo	47
2.5.2.1.3	Origen étnico.....	47
2.5.2.1.4	Herencia	47
2.5.2.2	Factores de riesgo modificables.....	48
2.5.2.2.1	Tabaquismo.....	48
2.5.2.2.2	Alcohol.....	48
2.5.2.2.3	Sedentarismo.....	48
2.5.2.2.4	Nutricionales	49
2.5.2.2.5	Psicológicos y sociales.....	49
2.5.2.2.6	Obesidad.....	49
2.5.2.2.7	Dislipidemias.....	49
2.5.2.2.8	Diabetes mellitus	50
2.6	Hipótesis.....	50

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1	Modalidad básica de la investigación.....	51
3.2	Nivel o tipo de investigación.....	51
3.3	Población y muestra.....	52
3.3.1	Criterios de Inclusión.....	52
3.3.2	Criterios de Exclusión.....	52
3.4	Aspectos Éticos.....	52
3.5	Operacionalización de variables.....	52
3.5.1	Variable independiente.....	52
3.5.2	Variable dependiente	54
3.6	Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	55
3.7	Plan de recolección de la información.....	55
3.8	Plan de procesamiento de la información.....	56

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Características generales de la población.....	57
4.2 Características clínicas.....	61
4.3 Etapas de cambios conductuales de los pacientes del grupo estudio.....	63
4.4 Distribución según factores de riesgo.....	66
4.5 Validación de la Hipótesis.....	81

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	82
5.2 Recomendaciones.....	88

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos.....	89
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	89
6.3 Justificación.....	89
6.4 Objetivos.....	91
6.4.1 General.....	91
6.4.2 Especifico.....	91
6.5 Análisis de factibilidad.....	91
6.6 Fundamentación teórica.....	92
6.6.1 Variables del Modelo Transteórico.....	95
6.6.1.1 Etapas de Cambio.....	95
6.6.1.1.1 Precontemplación.....	95
6.6.1.1.2 Contemplación.....	96
6.6.1.1.3 Preparación.....	96
6.6.1.1.4 Acción.....	96
6.6.1.1.5 Mantenimiento.....	96
6.6.1.1.6 Recaída.....	96

6.6.1.1.7 Finalización.....	97
6.6.1.2 Procesos de cambio.....	97
6.6.1.3 Balance decisorio.....	97
6.6.1.4 Autoeficacia.....	97
6.6.1.5 Tentación.....	98
6.7 Modelo Operativo.....	98
6.8 Administración de la propuesta.....	101
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.....	101

ANEXOS

ANEXO 1.....	103
ANEXO 2.....	105
ANEXO 3.....	107
ANEXO 4.....	108
ANEXO 5.....	109

BIBLIOGRAFIA.....	110
-------------------	-----

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1. Características de la población de estudio y de la población de control.....	58
TABLA 2. Características de las medidas antropométricas según el grupo estudio y grupo control	60
TABLA 3. Distribución de la presión arterial según la medición basal y final en ambos grupos.....	61

TABLA 4. Variación de la presión arterial luego de la intervención en ambos grupos.....	62
TABLA 5. Distribución del IMC según la medición basal y final en ambos grupos.....	66
TABLA 6. Variación del IMC luego de la intervención en ambos grupos.....	67
TABLA 7. Distribución de la cantidad de sal que consumen según la medición basal y final en ambos grupos.....	68
TABLA 8. Variación de la cantidad de sal que consume luego de la intervención en ambos grupo.....	69
TABLA 9. Distribución de la cantidad de grasas que consumen según la medición basal y final en ambos grupos.....	71
TABLA 10. Variación de la cantidad de grasas que consumen luego de la intervención en ambos grupo.....	72
TABLA 11. Distribución de las dislipidemias según la medición basal y final en ambos grupos.....	73
TABLA 12. Variación de las dislipidemias luego de la intervención en ambos grupo.....	74
TABLA 13. Distribución del consumo tabaco según la medición basal y final en ambos grupos.....	75
TABLA 14. Variación consumo de tabaco luego de la	

intervención en ambos grupo.....	76
TABLA 15. Distribución del consumo de alcohol según la medición basal y final en ambos grupos.....	77
TABLA 16. Variación del consumo de alcohol luego de la intervención en ambos grupo.....	78
TABLA 17. Distribución del número de pacientes sedentarios según la medición basal y final en ambos grupos.....	79
TABLA 18. Variación del número de sedentarios luego de la intervención en ambos grupo.....	80
GRÁFICO 1. Prevalencia de DM en la población con HTA	62
GRÁFICO 2. Etapas de cambio conductuales medición basal de los pacientes del grupo de estudio.....	64
GRÁFICO 3. Etapas de cambio conductuales medición final de los pacientes del grupo de estudio.....	64
GRÁFICO 4. Autoeficacia en los pacientes del grupo de estudio.....	65

RESUMEN

Se estableció la influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial en el adulto en pacientes Diabéticos e Hipertensos del Hospital Provincial Puyo. Para esto se realizó un estudio descriptivo transversal comparativo en 101 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Fueron seleccionados aleatoriamente, un grupo estudio y un grupo control. Al grupo estudio se aplicó la ficha de cambios conductuales enfocada a los factores de riesgo modificables, se tomó datos iniciales presión arterial, antropometría, perfil lipídico y estilos de vida, al grupo control solamente se les tomo datos iniciales de las variables de medición. En la primera fase se analizó las etapas de cambio conductual de los pacientes del grupo estudio; y se aplicó el manejo establecido por este modelo en el grupo de apoyo, en un período de tres meses. Al finalizar esta fase se realizó una segunda medición de las variables, en ambos grupos, y se comparó si existió modificación. La información procesada se resumió y presentó con cifras absolutas y porcentajes. Para identificar la asociación estadísticamente significativa entre las variables fue aplicado el Test X^2 . Al realizar la comparación entre ambos grupos, encontramos que 65,63% de pacientes del grupo estudio modificó significativamente sus factores de riesgo como sobrepeso, dieta inadecuada, sedentarismo visibles a corto plazo, y solo 11,6% de pacientes del grupo control presento algún cambio. ($p= 0.000000$). Se concluyó que promover un ambiente diferente donde sientan libertad de abarcar sentimientos o temas que les sea difícil practicar en otro contexto, la modificación de factores de riesgo presenta cambios visibles a corto plazo y quizá con el tiempo proporcione mayores resultados. El modelo transteórico debe usarse en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamiento saludables.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO, GRUPOS DE APOYO, CAMBIOS CONDUCTUALES.

SUMMARY

Establish the influence of support groups on the modification of the risks factors of arterial hypertension in adults, in Diabetic and Hypertensive patients of the Puyo Hospital. I performed a comparative descriptive, cross-sectional study in 101 patients, which had the standards of inclusion and exclusion. They were randomly selected; a study group a control group. The study group was applied the behavioral change tab focused to the modifiable risk factors, the initial information was taken as the blood pressure, anthropometry, lipid profile and life style. For the control group only was taken the initial information of measurement variables. On the first phase I analyzed the behavioral change stages of the study group and I applied the established management for this model in the support group, over a period of three months. At the end of this phase I did a second measurement of variables in both groups and then I compared if there was any change. The processed information was summarize and I showed them with absolute numbers and percentages. To identify the statistical association between of variables was applied the X^2 test. After making the comparison between both groups, we could find 65,63% of patients of the study group change significantly their risks factors as overweight, poor diet, sedentary in short- term and only 11,6% of patients of the control group showed any changed. ($p= 0.000000$). To promote a different environment where people can feel free to cover feelings or topics can be difficult of practicing in other context, the modification of risk factors show visible changes in short term and perhaps in time there will be bigger results. This model must be used in healthy behavioral interventions.

KEY WORDS: ARTERIAL HYPERTENSION, RISK FACTORS, SUPPORT GROUPS, BEHAVIORAL CHANGES.

INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad cardiovascular es hoy la principal preocupación no sólo de los médicos y responsables de la salud pública, sino también de la población general. Sin duda en los últimos veinte años se ha esclarecido mucho acerca de la enfermedad vascular, y se han identificado con bastante claridad factores que de manera independiente o concurrente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer esta enfermedad y de sufrir uno de sus desenlaces clínicos; ellos son los bien llamados factores de riesgo, de los cuales el más importante es la Hipertensión arterial (HTA).¹⁻²

La hipertensión Arterial es una enfermedad de evolución crónica caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica y / o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados. La misma es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, afecta al 25 % de la población adulta y se encuentra distribuida en todas las regiones, atendiendo a múltiples patrones de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos.²⁻³

Para la Organización Mundial de la Salud es un problema grave de salud que afecta a 691 millones de personas en el mundo.⁴ La hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y los accidentes cerebrovasculares están calificados dentro de los 18 problemas que causan muerte evitable en el Ecuador, de acuerdo a la investigación realizada por Narvaes y colaboradores⁵ y de las diez primeras causas de muerte en el Ecuador, seis corresponden a condiciones crónicas no transmisibles, conexas entre sí, y relacionadas con factores de riesgo comunes como: inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo, cuya distribución se da por igual en poblaciones pobres y ricas.¹³

De lo anterior se desprende la importancia de la identificación de personas con hipertensión arterial o con alto riesgo de padecerla.⁶⁻⁷ El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ha demostrado ampliamente su eficacia, reduciendo la morbimortalidad en todos los grupos de pacientes hipertensos independientemente de edad, sexo, raza, etc., disminuyendo los episodios

coronarios, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, deterioro de la función renal, y progresión de la hipertensión arterial.

Las modificaciones del estilo de vida o medidas no farmacológicas deben instaurarse como primera medida en todos los pacientes, incluidos aquellos que por la severidad de su hipertensión arterial o por su situación de riesgo precisen de tratamiento farmacológico inicial.⁸

Por esta razón, hay varios componentes del tratamiento y autotratamiento exitosos de la hipertensión arterial. El grupo de apoyo es uno de ellos. Este grupo ofrece apoyo educacional, social y emocional a las personas afectadas por la hipertensión arterial.⁹⁻¹⁰⁻

En la actualidad se enfatiza la necesidad de utilizar diversas teorías y modelos educativos cuando se diseñan y realizan intervenciones orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a prevenir y controlar la obesidad y otras enfermedades crónicas. El Modelo Transteórico del cambio del comportamiento en salud es uno de ellos.¹¹

En los primeros años de los noventa, en Estados Unidos de América y algunos países de Europa, el modelo transteórico fue progresivamente incorporado en las investigaciones e intervenciones de un amplio número de comportamientos ya reconocidos como riesgo para la salud.¹⁸ Recientemente el modelo transteórico es usado en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamiento saludables como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares.^{2-9- 12}

Considerando la importancia de la hipertensión arterial no sólo como enfermedad, sino más aún como factor de riesgo, las altas tasas de morbilidad y mortalidad que la misma presenta en el país, en nuestras provincias y en la Amazonía, donde las mismas han ido incrementándose desde el año 2000 hasta el año 2009 es que se propuso realizar este estudio, para llevar a cabo medidas preventivas encaminadas a crear nuevos paradigmas de intervención para disminuir su incidencia y los efectos adversos que esta provoca una vez que se presenta, mejorando así su esperanza de vida.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Tema de investigación

““INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN (HTA) EN EL ADULTO EN EL GRUPO DE APOYO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE LA CIUDAD DEL PUYO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010- ABRIL 2011”

Planteamiento del problema

1.1.1 Contextualización

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y subdesarrollados tanto en su prevención primaria como secundaria. El riesgo cardiovascular es la característica biológica que favorece el desarrollo o la probabilidad de presentar episodios de enfermedades cardiovasculares en un determinado tiempo y agrava su pronóstico en aquellos individuos que la presentan, generalmente transcurre de cinco a diez años, dependiendo del factor condicionante. La población más afectada incluye a los adultos jóvenes y adultos mayores. Los factores de riesgo cardiovascular modificables mejor caracterizados hasta la actualidad son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo, la dislipidemia y el sedentarismo.¹³

Sin duda en los últimos veinte años se ha esclarecido mucho acerca de la enfermedad vascular, y se han identificado con bastante claridad factores que de manera independiente o concurrente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer esta enfermedad y de sufrir uno de sus desenlaces clínicos; ellos son los bien llamados factores de riesgo, de los cuales el más importante es la Hipertensión arterial.^{14,15}

En el siglo VI a. C. Sushruta menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión.¹⁶ En esa época se trataba la «enfermedad del pulso duro» mediante la reducción de la cantidad de sangre por el corte de las venas o la aplicación de sanguijuelas. Personalidades reconocidas como el Emperador Amarillo (en China), Cornelio Celso, Galeno e Hipócrates abogaron por tales tratamientos.¹⁷

La comprensión moderna de la hipertensión se inició con el trabajo del médico William Harvey (1578-1657), quien en su libro de texto *De motu cordis* fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea sistémica bombeada alrededor del cuerpo por el corazón. En 1773, Stephen Hales realizó la primera medición de la presión arterial registrada en la historia. Hales también describió la importancia del volumen sanguíneo en la regulación de la presión arterial. La contribución de las arteriolas periféricas en el mantenimiento de la presión arterial, definida como «tono», fue hecha por primera vez por Lower en 1669 y posteriormente por Sénac en 1783. El papel de los nervios vasomotores en la regulación de la presión arterial fue observada por investigadores como Claude Bernard (1813-1878), Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) y Augustus Waller (1856-1922).

En 1808, Thomas Young realizó una descripción inicial de la hipertensión como enfermedad. En 1836, el médico Richard Bright observó cambios producidos por la hipertensión sobre el sistema cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. La presión arterial elevada por primera vez en un paciente sin enfermedad renal fue reportada por Frederick Mahomed (1849-1884). No fue hasta 1904 que la restricción de sodio fue defendida mientras que una dieta de arroz se popularizó alrededor de 1940.¹⁸

Cannon y Rosenblueth desarrollaron el concepto de control humoral de la presión arterial e investigaron los efectos farmacológicos de la adrenalina. Frederick Mahomed fue uno de los primeros médicos en incorporar sistemáticamente la medición de la presión arterial como parte de una evaluación clínica.¹⁹

La hipertensión Arterial es una enfermedad de evolución crónica caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica y / o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados. El séptimo informe del Joint National Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC VII) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), definen como HTA las cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y de presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg en pacientes que no estén tomando medicación.²⁰ La hipertensión arterial es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda; los segundos (edad, género, grupo étnico, herencia). La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco.

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial, se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión como el «asesino silencioso». Los conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona fueron demostrados por varios investigadores a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolai Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial. así Cushman y Ondetti desarrollaron una forma oral de un inhibidor de una enzima convertidora a partir de péptidos de veneno de serpiente y se les acredita con la síntesis exitosa del antihipertensivo captopril.²⁰

Para la Organización Mundial de la Salud es un problema grave de salud que afecta a 691 millones de personas en el mundo y es responsable de los 15 millones de muertes por enfermedades circulatorias, con una repercusión del 70% de los infartos cerebrales y muertes por falla cardiaca el 37% en hombres y el 51% en mujeres según reportes del Framingham Heart Study; 72 millones son por

enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por afecciones cerebro vasculares; donde la HTA está en la mayoría de ellas.⁴ Es una patología frecuente entre la población adulta, estimándose que alrededor del 25-30 % de la misma a nivel mundial la padece.²¹

Una investigación llevada a cabo por la Sociedad Internacional de Hipertensión, publicada recientemente en la revista especializada The Lancet, reveló que 7,6 millones de personas de todo el mundo fallecieron por causas vinculadas a la hipertensión en 2001, lo que equivaldría a más de 20 mil muertes por día, y la cifra ha sido consistente durante los años posteriores. Por lo tanto, desde ese año hasta la actualidad se estima que 50 millones de personas fallecieron por esta enfermedad, y muchas más sufrieron algún grado de discapacidad. De acuerdo a los resultados del relevamiento, el 80% de estas muertes se produjo en países en desarrollo. La prevalencia de hipertensión continúa elevándose a nivel global y un gran porcentaje de personas que la padecen lo ignora.

En Occidente las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo cardiovascular más importante y frecuente donde se estima que causa un 6% de muerte al año.²²

En países como México, según cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico 2008 (OCDE), el 69.2% de la población padece sobrepeso u obesidad, 6.9 puntos porcentuales por encima del pasado registro en OCDE, 2007. Los treinta países que integran la OCDE tienen en promedio 48% de su población con sobrepeso u obesidad, y nueve de ellos superan el 50%. En Obesidad, Estados Unidos se ubica en el primer lugar con 32.2% de su población en tanto que México ocupa en este indicador el segundo puesto con 30.2%. En sobrepeso, México encabeza la tabla con 39.1%, seguido por Estados Unidos con 34.1%. Por otra parte, los estudios señalan que sólo en México y Turquía, es mayor la tendencia en sobrepeso y obesidad en mujeres que en hombres.

Esto representa un problema a la salud a nivel mundial, pues de la obesidad y el sobrepeso derivan enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial,

enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios, artritis, etc. Por tal razón, la obesidad representa además, costos significativos de asistencia médica.¹⁴

El problema de hipertensión arterial ha tenido mayor relevancia en Latinoamérica como causa de enfermedad cardiovascular considerada enfermedad aterosclerótica y establecida como la epidemia del siglo XXI²³. Donde las tasas de mortalidad según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son altas desde 1990 reportando Argentina 46.6%, Chile 46,4% y Puerto Rico 40.5%. Siendo que Latinoamérica vive una transición epidemiológica la mortalidad cardiovascular representa que el 26% de las muertes por todas las causas este aumento es debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo.²⁴

En el estudio CARMELA (Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities), realizado por la American Journal of Medicine en el año 2008, en países de Latinoamérica como, Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México, Quito y Santiago, para realizar la evaluación del riesgo cardiovascular en 7 países de América latina, con el objetivo de conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, las placas carotídeas y la medida del espesor intima-media de la carótida en las personas que viven en las principales ciudades de estos 7 países. En este estudio se cita que América Latina está experimentando una transición epidemiológica. La adquisición de estilos de vida urbano-industrial esta típicamente asociado con una prevalencia creciente de enfermedades cardiovasculares y diabetes. La hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, o su combinación contribuye a tres cuartas partes de los casos de enfermedad cardiovascular. La Educación y las medidas de salud pública basados en el conocimiento de los factores de riesgo de la población pueden reducir esta carga de morbilidad. Anteriores evaluaciones epidemiológicas realizadas en América Latina se han visto obstaculizados por las incoherencias en las definiciones de los factores de riesgo, muestreo y los métodos de evaluación.²⁵ Las disparidades en los recursos de salud en América Latina reclaman datos epidemiológicos en cada uno de los países para generar políticas racionales para la vigilancia, prevención e intervención. En este estudio se incluyeron los individuos (n: 11, 550) de 25 a 64 años. Se tomaron datos sobre

antropometría, presión arterial, triglicéridos, glucosa en ayunas, colesterol total y lipoproteínas de alta densidad, espesor íntima-media carotídea, la placa carotídea y el consumo de tabaco que fue recolectado a través de entrevistas. Se concluyó que las tasas generales de prevalencia (varía entre ciudades) y son las siguientes: presenta hipertensión arterial (140/90 mm Hg o tratamiento farmacológico) el 18% (9% -29%), hipercolesterolemia (colesterol total 240 mg / dl) 14% (6% -20%), diabetes (glicemia 126 mg / dl, diagnóstico previo de diabetes o auto-reportado) el 7% (4% -9%), síndrome metabólico el 20% (14% -27%), obesidad (índice de masa corporal 30 kg / m²) el 23% (18% -27%), fuma el 30% (22% -45%), y presentan las placas carotídeas el 8% (5% -14%). El espesor medio de la íntima-media fue de 0,65 mm (0,60 a 0,74 mm). La prevalencia de la hipertensión refleja el promedio mundial en tres ciudades, pero fue menor en el resto. Hipercolesterolemia fue muy frecuente incluso en los países de diferentes niveles socioeconómicos. La prevalencia de diabetes fue similar a la de los países desarrollados. El consumo de tabaco en las mujeres que viven en Santiago y Buenos Aires fue uno de los más altos del mundo.²⁶

En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada diez personas son hipertensas.²⁷

La hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y los accidentes cerebro vasculares están calificados dentro de los 18 problemas que causan muerte evitable en el Ecuador, de acuerdo a la investigación realizada por Narvaes y colaboradores²⁸. Esta investigación permite priorizar las intervenciones de salud pública en miras a tener impacto en el 42% de la muerte evitable a nivel nacional.

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.²⁹

Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,635 y 151,821 para diabetes mellitus e hipertensión arterial respectivamente. En todo el país pasó la incidencia

de la tasa de hipertensión en el año 2000 de 256 personas por 100.000 hab. a 1084 para el año 2009.³⁰

En el periodo 1994 a 2009 la prevalencia de diabetes mellitus se incrementó de 142 por 100,000 habitantes a 1084, mientras que la hipertensión arterial pasó de 63 a 488 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país aunque la zona insular le sigue en importancia.³⁰

En un estudio realizado en 286 pacientes diabéticos tipo 2 de sierra y costa, con el equipo de la Fundación Ecuatoriana de Diabetes (FED), se encontró una prevalencia de hipertensión sistólica en mujeres del 31,57% vs varones 16.52% ; hipertensión arterial diastólica en mujeres 13.45% vs varones 13.91% ; hipertensión sistólica/diastólica mujeres 8.77% vs varones 6.08% . En el total de la muestra: hipertensión sistólica 25.52%; hipertensión arterial diastólica 13.63%; y, ambas 7.69%. Esto significa que el 46.84% de la presente muestra presentan algún tipo de hipertensión arterial.³⁰

Por Región para el año 2000, la tasa de incidencia mayor está en la Costa que fue de 300 y para el 2009 fue de 1351, le sigue la Sierra cuya tasa de incidencia fue de 839 para el año 2009, en la Amazonía fue de 806 personas por cada 100.000 Hab. en el mismo año. Por Provincias la mayor tasa de incidencia de hipertensión está en Cañar, que para el año 2000, la incidencia fue de 318 personas por cada 100.000 habitantes, y su tendencia es hacia el aumento, siendo la tasa para el año 2009, de 2161, sigue Manabí con una tasa de 1896 para el año 2009 , los Ríos con una tasa de 1365, Azuay con una tasa de 1380, Carchi con una tasa de 1242 en sexto lugar se encuentra la provincia de Napo con una tasa de 1176, en el mismo año 2009.³⁰

De las diez primeras causas de muerte en el Ecuador, seis corresponden a condiciones crónicas no transmisibles, conexas entre sí, y relacionadas con factores de riesgo comunes como: inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo, cuya distribución se da por igual en poblaciones pobres y ricas. Para el año 2004 las principales causas de muerte en

su orden fueron: otras enfermedades del corazón, neumonía, enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, agresiones, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte, enfermedades del hígado y tumor maligno del estómago.³⁰

La mortalidad de las enfermedades cerebro vasculares, hipertensión arterial y diabetes en el Ecuador, han tenido un incremento rápido y sostenido, concentrándose principalmente en los centros de mayor desarrollo económico e industrial como son: Quito, Guayaquil, Los Ríos, Manabí y Cuenca.³⁰

La información de los egresos hospitalarios y del sistema de información del Ministerio de Salud (EPI 2), permiten conocer el incremento vertiginoso de la morbilidad de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Según la información del Ministerio de Salud, las provincias de mayor incidencia de diabetes mellitus, en su orden son: Guayas, Manabí, Pichincha Tungurahua y El Oro y de hipertensión son: Manabí, Guayas, Pichincha, Los Ríos, Esmeraldas y El Oro. Estos eventos suelen provocar complicaciones y efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas que las padecen y sobre los costos familiares y sociales.³⁰

Si por un lado es posible evidenciar la disminución de la mortalidad y morbilidad de varias enfermedades transmisibles, especialmente las inmunoprevenibles, por otro lado los cambios en los hábitos y comportamiento particularmente los relacionados con alimentación poco saludable (alta en grasa, azúcar y sal, baja en frutas, granos y vegetales), la falta de actividad física, y consumo de tabaco y alcohol, han provocado un aumento rápido de la carga de las enfermedades no transmisibles en poblaciones pobres y cada vez más jóvenes (menores de 65 años), constituyendo una pesada carga económica para los individuos que las padecen, las familias, la sociedad y el sistema de salud.³¹

En el país, se puede observar, una evidente transición del perfil epidemiológico, las condiciones crónicas crecen aceleradamente frente a una marcada disminución de los eventos agudos. El reto para enfrentar los problemas crónicos, requieren de la movilización de nuevos paradigmas, pues el control de las condiciones crónicas se extiende más allá de las intervenciones biomédicas inmediatas, requiere una

atención planificada y prolongada en el tiempo. Los pacientes necesitan contar con conocimientos de auto cuidado para administrar sus problemas de salud, al igual que el apoyo de sus familiares en el hogar, de los servicios de salud y de la comunidad.³²

En el Hospital Provincial Puyo la prevalencia de hipertensión arterial según estudios realizados por el Servicio de Medicina Interna de todos los pacientes que acuden por el servicio de medicina interna de un total de 487 pacientes que acuden mensualmente es de 17.8%

En el Hospital SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer) Ambato la prevalencia de Hipertensión arterial de un total de 4000 pacientes que acuden al servicio de consulta externa es del 5%.

La hipertensión arterial como observamos es un problema que afecta a todas las poblaciones y es un factor de riesgo cardiovascular reconocido, responsable de una morbimortalidad cardiovascular elevada. Sin embargo, a pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de numerosos programas científicos de formación y actualización realizados, la realidad es que sólo se controla a un porcentaje bajo de pacientes de acuerdo con las cifras consideradas normales en la actualidad. El propósito fundamental de la detección de los factores de riesgo es identificar a aquellas personas que puedan padecer con mayor probabilidad una patología, ello ofrece la posibilidad en algunos casos de modificarlos para prevenir la aparición de la enfermedad.

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial.³³

La edad, raza, sexo, tabaco, consumo de alcohol, colesterol sérico, intolerancia a la glucosa y peso corporal pueden alterar el pronóstico de esta enfermedad.

Los factores que inciden en las complicaciones cardiovasculares en el paciente hipertenso son múltiples, por lo que se resalta la importancia de la estratificación del riesgo cardiovascular individual, para establecer la estrategia terapéutica y de actuación general. La información obtenida de los últimos estudios publicados ha confirmado el interés de lograr el mayor descenso posible de la cifras de presión arterial, sobre todo en los subgrupos de mayor riesgo. Se mantiene la necesidad de implantar las medidas no farmacológicas o de cambios de estilo de vida en todos los pacientes con hipertensión arterial, necesiten o no tratamiento farmacológico. Todos los grupos farmacológicos pueden ser utilizados, eligiendo el que se adapte mejor a las características individuales de cada paciente, impulsando la utilización de dosis bajas inicialmente.⁷

El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ha demostrado ampliamente su eficacia, reduciendo la morbimortalidad en todos los grupos de pacientes hipertensos independientemente de edad, sexo, raza, etc., disminuyendo los episodios coronarios, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, deterioro de la función renal, y progresión de la hipertensión arterial⁸

La planificación del tratamiento de la hipertensión arterial debe estar dirigida a lograr los siguientes objetivos: *a)* corto plazo, descenso y control de la presión arterial; *b)* medio plazo, control del deterioro y regresión de las alteraciones cardíacas y renales, y *c)* largo plazo, disminución de la morbimortalidad. Para alcanzar estos objetivos se debe tratar no sólo la hipertensión arterial sino también todos los Factores de Riesgo Cardiovascular asociados.⁸

El control de la hipertensión arterial constituye uno de los pilares de la prevención de las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, su situación difiere de lo que podríamos considerar adecuado tanto en el ámbito de la prevención primaria como secundaria, como se demuestra en los resultados del estudio CARDIOTENS realizado por la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de

Medicina Rural y Generalista, en este país, en 1999, para conocer la prevalencia y grado de control de la hipertensión arterial asociada con diversas enfermedades cardiovasculares, realizado sobre 32.051 pacientes atendidos en consultas de cardiología y de atención primaria donde se extrae que menos del 20% de los hipertensos con enfermedad cardíaca asociada cumple los objetivos de control de los valores de presión arterial.³⁴ En la actualidad se dice que debido a la incorporación de nuevos fármacos y mayor desarrollo de guías clínicas existe una mayor aceptación.³⁵

Diversos estudios han puesto de manifiesto el beneficio, en términos de reducción de la morbimortalidad cardiovascular y renal, del tratamiento de la hipertensión arterial, aunque en los últimos años disponemos de nuevas evidencias que nos obligan a modificar la estrategia terapéutica en algunos casos. Un metaanálisis realizado por la Sociedad Española de Cardiología de 17 estudios de tratamiento antihipertensivo que incluyó a un total de 47.653 hipertensos ilustra el beneficio que se puede obtener con la reducción de los valores de presión arterial. Se comprobó que una reducción media de la presión arterial sistólica (PAS) de 10-12 mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD) de 5-6 mmHg, en comparación con grupos control, se acompañó de una reducción del 38% en accidentes cerebrovasculares, del 16% en infarto de miocardio y del 21% de la mortalidad cardiovascular. Mientras que la reducción en el riesgo de ictus se observó tras pocos años de tratamiento, para la reducción del riesgo de coronariopatía es necesario un tratamiento más prolongado.³⁶

El beneficio del tratamiento antihipertensivo se observa tanto en jóvenes como en pacientes de edad avanzada. En este sentido, el estudio STOP, Estudio Aleatorizado con Viejas y Nuevas Drogas Antihipertensivas en Pacientes de Edad Avanzada realizado por Hansson, en Suecia en el año 1999, demostró que una estrategia terapéutica basada en diuréticos y bloqueadores beta durante 25 meses en pacientes de entre 70 y 84 años se acompañó de una reducción del 38% en el riesgo de ictus fatal y no fatal e infarto de miocardio y, en concreto, del 45% en la morbimortalidad por ictus. La reducción de la mortalidad fue del 43%, lo que

resalta la importancia de un adecuado control de los valores de presión en hipertensos de edad avanzada. En términos absolutos, el tratamiento de hipertensos ancianos previene más complicaciones cardiovasculares que un tratamiento similar en pacientes más jóvenes.³⁷

En el estudio STOP 2 se compara el grado de protección del tratamiento calcioantagonista con el tratamiento diurético y o con betabloqueantes en la hipertensión arterial, muestran que los calcioantagonistas poseen un efecto protector similar al de otros tratamientos antihipertensivos, probablemente algo mayor por lo que respecta a la prevención de accidentes cerebrovasculares, similar en la enfermedad coronaria y algo menor en la insuficiencia cardíaca congestiva. Por tanto, como recomienda la *Food and Drug Administration* (FDA), para el tratamiento de la hipertensión arterial deben utilizarse únicamente los calcioantagonistas de liberación retardada o vida media larga. Estos fármacos no producen activación simpática refleja, controlan la presión arterial a lo largo de las 24 horas y evitan los picos matutinos de presión arterial que se han relacionado con una mayor tasa de episodios cardiovasculares.³⁸

La decisión de iniciar el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial y la estrategia terapéutica debe realizarse después de determinar el nivel o cifras de hipertensión y la consideración de los elementos que condicionan el pronóstico y estratificación de riesgo de los pacientes, existencia de signos o síntomas de enfermedad cardiovascular, detectar otros Factores de Riesgo Cardiovascular asociados, realizar las pruebas diagnósticas encaminadas a evaluar la afectación visceral y la presencia de otros factores influyentes. El tratamiento farmacológico se debe iniciar a dosis bajas, para ajustar o titular posteriormente la dosis que sea necesaria en función de la edad, clínica, respuesta al tratamiento previo o efectos adversos.³⁹

El inicio del tratamiento dependerá no sólo de las cifras de presión arterial sino también, como ya se mencionó anteriormente, de las características asociadas de cada paciente.⁴⁰ La consideración de todos estos factores determinará el

pronóstico individual de cada paciente, la estratificación del riesgo y la actitud terapéutica.

Las modificaciones del estilo de vida o medidas no farmacológicas deben instaurarse como primera medida en todos los pacientes, incluidos aquellos que por la severidad de su hipertensión arterial o por su situación de riesgo precisen de tratamiento farmacológico inicial.⁸

Por esta razón, hay varios componentes del tratamiento y autotratamiento exitosos de la hipertensión arterial. El grupo de apoyo es uno de ellos. Este grupo ofrece apoyo educacional, social y emocional a las personas afectadas por la hipertensión arterial. El grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que tienen la hipertensión arterial. Para evitar las complicaciones tardías desagradables de la hipertensión arterial, la persona y su familia necesitan tener acceso a las herramientas, la información precisa y actualizada, el conocimiento de métodos de automanejo de la condición y el apoyo del médico, y de su familia. El grupo de apoyo provee de ayuda personalizada y práctica para enfrentar bien los temas difíciles relacionados con la hipertensión arterial y es un recurso para poder vivir bien con ella.

En nuestro país existen grupos de apoyo orientados en ser un buen foro para hablar de: sus sentimientos cuando le dijeron que tenía hipertensión arterial, de la reacción de su familia, sus amigos y sus compañeros cuando supieron del diagnóstico, de los cambios del estilo de vida que le son o serán muy difíciles, de cómo manejar la enorme cantidad de información acerca de la hipertensión arterial que uno tiene que aprender, cómo la hipertensión arterial ha afectado su trabajo, sus amistades, su vida familiar, lo que todavía falta aprender, comprender, aplicar, etc., Todas estas actitudes sirven como estrategia de los grupos de apoyo, pero no existe la aplicación de una herramienta específica que ayude a medir el nivel de cambio que los pacientes van adquiriendo mediante este proceso.

También es importante mencionar que los grupos existentes están enfocados a pacientes diabéticos e hipertensos, pero las estrategias de trabajo planteadas se

enfocan de manera especial en los pacientes diabéticos, por lo que no sabemos con exactitud si estas estrategias presentes satisfacen las necesidades de los pacientes hipertensos, como grupo específico.

En la actualidad se enfatiza la necesidad de utilizar diversas teorías y modelos educativos cuando se diseñan y realizan intervenciones orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a prevenir y controlar la obesidad y otras enfermedades crónicas. Todos ellos plantean que es esencial explorar el contenido actual de las creencias, percepciones, expectativas y valores en cada grupo, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, como encuestas, entrevistas en profundidad o grupos focales, que tienen la ventaja de entregar valiosa información sobre aspectos subjetivos que explican el comportamiento de las personas . El Modelo Transteórico del cambio del comportamiento en salud es uno de ellos, y con su aplicación será posible describir y explicar las distintas etapas que son comunes a la mayoría de procesos de cambio comportamental.⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²

Diversas publicaciones reconocían la capacidad del modelo para describir y explicar las distintas etapas que son comunes a la mayoría de procesos de cambio comportamental. Recientemente el modelo transteórico es usado en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamiento saludables como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de practicas deportivas regulares.⁴¹⁻⁴²

El modelo transteórico esta fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional y para poder saber el impacto de las estrategias ya existentes en cada uno de los grupos de apoyo del país en nuestros pacientes hipertensos.⁴³

1.1.2 Análisis critico

El estado actual del manejo de la Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus es insatisfactorio. Este criterio se fundamenta en los datos epidemiológicos obtenidos a nivel mundial y en nuestro país, en el cual la hipertensión arterial se encuentra dentro de las 18 causas de muerte evitable investigación que nos permite priorizar las intervenciones de salud pública en miras a tener impacto en el 42% de la muerte evitable a nivel nacional. Para mejorar este panorama deberían hacerse esfuerzos en dos frentes: mejorar la detección y optimizar el tratamiento y control. Para ello es importante identificar y actuar sobre los determinantes de la escasa detección y control de la hipertensión arterial. Más hay que recordar que un mejor control de la hipertensión arterial puede no mejorar sustancialmente el riesgo cardiovascular de un individuo. La presión arterial debe considerarse como un componente más del perfil de riesgo del sujeto. El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ha demostrado ampliamente su eficacia, reduciendo la morbimortalidad en todos los grupos de pacientes hipertensos, sin embargo las modificaciones del estilo de vida o medidas no farmacológicas deben instaurarse como primera medida en todos los pacientes, incluidos aquellos que por la severidad de su hipertensión arterial o por su situación de riesgo precisen de tratamiento farmacológico inicial

Además, la hipertensión arterial coexiste a menudo con otros factores de riesgo cardiovascular, sobre todo metabólicos como dislipidemia, diabetes y obesidad, que componen el riesgo cardiovascular absoluto o global de un individuo. Por ello, el adecuado control de la hipertensión arterial incluye determinar la presencia de hábito tabáquico, dislipidemia, diabetes, obesidad, hipertrofia ventricular izquierda o eventos cerebro vasculares. Pero el énfasis en el riesgo global no debe hacer olvidar que un objetivo esencial del manejo del paciente es el control adecuado de su presión arterial, y que el desafío más apremiante en el campo de la hipertensión arterial es cómo aumentar el tratamiento adecuado y el control óptimo.

La hipertensión arterial puede ser prevenida. La mejor aproximación a la prevención primaria de la hipertensión arterial es una combinación de cambios en el estilo de vida (sobrepeso, sal y otros componentes de la dieta, actividad física y

consumo de alcohol; que se ha demostrado que reducen la incidencia de hipertensión arterial, y deberían ser recomendados para todas las personas y especialmente a aquéllas con presión arterial normal o normal- alta. Para ello se dispone de dos estrategias: una poblacional y otra intensiva dirigida a los sujetos en alto riesgo de hipertensión arterial. Para implementar la primera se requieren acciones sobre las comunidades, escuelas, sitios de trabajo e industria alimentaria.

Existen programas como, el Grupo de Cumplimiento de la Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española de Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) y Novartis abordan dos problemas básicos en el tratamiento de la hipertensión: el difícil control de las cifras de hipertensión arterial y la falta de control por bajo cumplimiento por parte del paciente, además de la falta de concienciación de éste sobre su enfermedad. Los profesionales de la salud implicados son los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos, que trabajan de forma integrada en el seguimiento y en la educación del paciente.⁴⁴

1.1.3 Prognosis

La hipertensión arterial constituye en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, especialmente en los países desarrollados, y adquiere su importancia porque a mayores cifras de presión arterial, mayor morbilidad y mayor mortalidad presentan los individuos afectados.

Para la Organización Mundial de la Salud es un problema grave de salud que afecta a 691 millones de personas en el mundo y es responsable de los 15 millones de muertes por enfermedades circulatorias. Y según la Sociedad Internacional de Hipertensión, 7,6 millones de personas de todo el mundo fallecieron por causas vinculadas a la hipertensión en 2001, lo que equivaldría a más de 20 mil muertes por día, y la cifra ha sido consistente durante los años posteriores. Por lo tanto, desde ese año hasta la actualidad se estima que 50 millones de personas fallecieron por esta enfermedad, y muchas más sufrieron algún grado de discapacidad. De acuerdo a los resultados del relevamiento, el 80% de estas muertes se produjo en países en desarrollo. La prevalencia de hipertensión

continúa elevándose a nivel global y un gran porcentaje de personas que la padecen lo ignora.

Si no se desarrolla un programa integral de intervención frente a la hipertensión arterial como factor de riesgo más importante de las enfermedades cardiovasculares y cuando se asocia a otros trastornos como la obesidad , el colesterol elevado, el consumo de alcohol , el hábito tabáquico, etc. , aumenta de forma exponencial la posibilidad de padecer una complicación grave cardíaca, renal, neurológica o de cualquier otro órgano o región del cuerpo humano, seguirá aumentando en todo el mundo estas cifras de mortalidad..

En el futuro, se debe plantear programas, con la formación de Grupos de apoyo, donde se incluya como instrumento de apoyo, ha el modelo transteórico de cambios conductuales, que brinda posibilidades para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones a quienes están dirigidas y así se relacione el cumplimiento terapéutico con la morbimortalidad cardiovascular, la calidad de vida, las creencias de los pacientes, la inercia clínica, etc., sirviendo estos de escenario para la capacitación necesaria para el control de diabetes e hipertensión arterial, con énfasis en el manejo no farmacológico y el autocuidado de la salud.

La prevención de salud, la educación y la promoción de salud pueden experimentar impactos nunca antes registrado, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción. Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio, las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo e individuo. Los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol. Las intervenciones requieren evolucionar de un reclutamiento reactivo de participantes a un proactivo. El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

Esto permitirá que las necesidades que surge de los pacientes y familiares de buscar alternativas que los ayuden a sobrellevar este difícil y largo proceso de enfermedad, tengan alternativas, ya que sin duda otras personas con situaciones similares tendrán dificultades que compartirán sabiendo que no están solos y encontrarán siempre una esperanza de amor y vida a la que pueden acudir.

1.1.4 Formulación del problema

¿Cómo influyen los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial en el adulto en el grupo de apoyo de diabéticos e hipertensos del Hospital Provincial de la ciudad del Puyo en el periodo Diciembre 2010- Abril 2011”?

1.1.5 Preguntas directrices

- ¿La identificación adecuada de las etapas de cambio conductual mediante la utilización del modelo transteórico de cambios conductuales, influye en la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial?
- ¿Establecer un ambiente diferente hace que los pacientes sientan libertad de abarcar sentimientos o temas que les sea difícil o imposible practicar en otro contexto?
- ¿La utilización del modelo transteórico de cambios conductuales tendrá relación con la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial?

1.1.6 Delimitación del problema

1.1.6.1 Delimitación de contenido:

- Campo: Medicina.
- Área: Salud.
- Aspecto: Influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial en el adulto.

1.1.6.2 Delimitación espacial:

- Esta investigación se realizará con los pacientes Diabéticos e Hipertensos que acuden al Área de Consulta Externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial del Puyo

1.1.6.3 Delimitación temporal:

- Este problema será estudiado en el periodo comprendido entre diciembre 2010- abril 2011.

1.2 Justificación

Ante el reto de hacer frente a los problemas ocasionados por la adopción de estilos de vida no saludables, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, régimen alimentario inadecuado, que constituyen un factor de riesgo de ciertas enfermedades crónicas que en nuestro país se encuentran entre las 10 primeras causas de mortalidad en el 2008, la primera causa de muerte se debe a diabetes mellitus, la segunda a accidentes cerebrovasculares, la tercera a enfermedad hipertensiva, se mantiene la necesidad de implantar las medidas no farmacológicas o de cambios de estilo de vida en todos los pacientes, ya que patologías como la hipertensión arterial y sus complicaciones ocupan gran parte de la actividad diaria del medico de atención primaria y especializado, y consume una importante proporción de los recursos.

Por esta razón esta investigación pretende insertar la posibilidad de que las personas que padecen hipertensión arterial, tengan una atención integrada e integral, basada en el tratamiento no farmacológico, como parte fundamental e indispensable para cubrir las necesidades psicológicas, educacionales y sociales de las personas con hipertensión arterial, orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a la modificación de los factores de riesgo, mediante la utilización del modelo transteórico de cambios conductuales, que esta

fundamentado en que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio y que pretende, ofrecer estrategias específicas efectivas en varios puntos del proceso de cambio e indicar las medidas de los resultados, incluyendo el balance de las decisiones y de la autoeficacia; e irlo incorporando como propuesta en el área de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus posibles complicaciones, donde los beneficiarios serán las personas con hipertensión arterial, sus familiares y la población en general, al priorizar las intervenciones de salud pública en miras a tener impacto en la muerte evitable a nivel nacional.

La presente investigación tiene factibilidad, debido a la alta prevalencia de pacientes diabéticos e hipertensos que acuden a consulta externa del Hospital Provincial Puyo, además cuenta con el apoyo recursos humanos, institucionales, materiales y el presupuesto necesario brindado por el Hospital Provincial Puyo, ya que aquí se encuentra el grupo de apoyo lugar donde se podrá capacitar a los pacientes, también existe un gran apoyo por parte de las autoridades y del servicio de Medicina Interna con su líder Dr. Edwin Mora y la Lic. Yolanda Santacruz educadora de pacientes diabéticos, quienes fueron los creadores del grupo de apoyo en el Hospital Provincial Puyo.

1.3 Objetivos

1.3.1 objetivo general

Establecer la influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial en el adulto en el grupo de apoyo de diabéticos e hipertensos del Hospital Provincial de la ciudad del Puyo en el periodo Diciembre 2010- Abril 2011.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar un adecuado análisis de las etapas de cambio conductual relacionadas con los factores de riesgo de hipertensión arterial que se desee modificar mediante la utilización del modelo transteórico de cambios conductuales.

- Establecer un ambiente diferente para que los pacientes sientan libertad de abarcar sentimientos o temas que les sea difícil o imposible practicar en otro contexto.
- Evaluar la asociación del modelo transteórico de cambios conductuales y la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el estudio CARMELA (Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities), realizado por la American Journal of Medicine en el año 2008, en países de Latinoamérica como, Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México, Quito y Santiago, para realizar la evaluación del riesgo cardiovascular en 7 países de América latina, con el objetivo de conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, las placas carotídeas y la medida del espesor intima-media de la carótida en las personas que viven en las principales ciudades de estos 7 países. En este estudio se cita que América Latina está experimentando una transición epidemiológica. La adquisición de estilos de vida urbano-industrial esta típicamente asociado con una prevalencia creciente de enfermedades cardiovasculares y diabetes. La hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, o su combinación contribuye a tres cuartas partes de los casos de enfermedad cardiovascular. La Educación y las medidas de salud pública basados en el conocimiento de los factores de riesgo de la población pueden reducir esta carga de morbilidad. Anteriores evaluaciones epidemiológicas realizadas en América Latina se han visto obstaculizados por las incoherencias en las definiciones de los factores de riesgo, muestreo y los métodos de evaluación. Las disparidades en los recursos de salud en América Latina reclaman datos epidemiológicos en cada uno de los países para generar políticas racionales para la vigilancia, prevención e intervención. En este estudio se incluyeron los individuos (n: 11, 550) de 25 a 64 años. Se tomaron datos sobre antropometría, presión arterial, triglicéridos, glucosa en ayunas, colesterol total y lipoproteínas de alta densidad, espesor íntima-media carotídea, la placa carotídea y el consumo de tabaco que fue recolectado a través de entrevistas. Se concluyo que las tasas generales de prevalencia (varía entre ciudades) y son los siguientes: presenta hipertensión arterial (140/90mm Hg o tratamiento farmacológico) el 18% (9% -29%),

hipercolesterolemia (colesterol total 240 mg / dl) 14% (6% -20%), diabetes (glicemia 126 mg / dl, diagnostico previo de diabetes o auto-reportado) el 7% (4% -9%), síndrome metabólico el 20% (14% -27%), obesidad (índice de masa corporal 30 kg / m²) el 23% (18% -27%), fuma el 30% (22% -45%), y presentan la placas carotídeas el 8% (5% -14%). El espesor medio de la íntima-media fue de 0,65 mm (0,60 a 0,74 mm). La prevalencia de la hipertensión refleja el promedio mundial en tres ciudades, pero fue menor en el resto. Hipercolesterolemia fue muy frecuente incluso en los países de diferentes niveles socioeconómicos. La prevalencia de diabetes fue similar a la de los países desarrollados. El consumo de tabaco en las mujeres que viven en Santiago y Buenos Aires fue uno de los más altos del mundo.²⁶

Existen programas como el realizado por la Sociedad Española de Hipertensión, con el apoyo de la SEH-LELHA y Novartis (así como otras entidades vinculadas al programa como la Asociación de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), que implemento en el 2009 en este país, el grupo de cumplimiento, con el objetivo de permitir a los pacientes y a los profesionales de la salud un mejor manejo de la presión arterial gracias al seguimiento de la evolución del control de la presión arterial y del grado de cumplimiento, mediante la concienciación del paciente hipertenso, para un mejor control de la presión y en consecuencia de su calidad de vida. Este programa fue creado, ya que en España uno de cada tres pacientes es incumplidor del tratamiento. Esto se traduce en números en que “el incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas afecta al 85% de los pacientes hipertensos y el incumplimiento del tratamiento farmacológico al 40%, mientras que la inercia clínica profesional afecta al 50-85% de los pacientes hipertensos”. Se lo realiza con el apoyo conjunto de los profesionales de la salud médicos, las enfermeras y los farmacéuticos, que trabajan de forma integrada en el seguimiento y en la educación del paciente. Las primeras impresiones del programa entre los profesionales de enfermería están siendo muy positivas, no sólo por la participación en un gran proyecto no también por la tarea educativa y de implicación que conlleva. Gracias al programa, el paciente vivirá mejor, disfrutará

más de su vida, estará mejor controlado y menos expuesto a riesgos, sabrá en todo momento las cifras de su tensión arterial.⁴⁴

Según la Revista de Cardiología de México, en un artículo realizado por Agustín L y colaboradores, demuestran que la creación de Los Grupos de Apoyo Mutuo en la ciudad de México en el año 2001, como una estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial en las unidades de salud del primer nivel de atención, se han ido implementando de manera paulatina y para diciembre de este mismo año, todos los estados de la República Mexicana participan en esta estrategia con un total de 7,416 Grupos de Apoyo Mutuo con 264,392 integrantes. El objetivo es evaluar el cumplimiento de las metas básicas de tratamiento de personas que asisten a los Grupos de Ayuda Mutua, por padecer diabetes tipo 2, ya que México al igual que otros países, no escapa a esta problemática; la prevalencia en la población mexicana de 20 años y más es de 10.75%, alrededor de 5.1 millones de personas con diabetes, y el 34%, 1.7 millones desconoce padecer la enfermedad. Se realizó un estudio transversal comparativo en 15 estados de la república mexicana, a través de los reportes del cumplimiento de las metas básicas de tratamiento de integrantes de los grupo de apoyo para junio de 2001, que se comparan con las cifras reportadas por el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) de la Secretaría de Salud en la misma fecha. Las variables estudiadas son: edad, sexo, glucemia, presión arterial, índice de masa corporal, actividad física y tratamiento farmacológico. Concluyeron que los Grupos de Ayuda Mutua son una estrategia fundamental en la línea educativa para mejorar el control de la enfermedad, ya que las personas con diabetes o hipertensión y sus familiares juegan un papel activo en el cumplimiento del desarrollo del tratamiento, así como en la prevención y control de la enfermedad. A diferencia con lo reportado en el SISPA, en los GAM se logran beneficios mayores en el control de las personas con diabetes o hipertensión.⁴⁵

También existen estudios relacionados con los modelos de cambios conductuales; como el estudio publicado por la Revista Chilena de Nutrición, realizado por López M. en el año 2008 en la ciudad de Chile, acerca de las etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico

de estudiantes de la Universidad del Desarrollo, sede Concepción, Chile, con el objetivo de analizar las etapas de cambio conductual referente al consumo de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico en estudiantes universitarios según género y estado nutricional. La carga de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y otras enfermedades crónicas está aumentando rápidamente en todo el mundo en 2001, las enfermedades crónicas fueron responsables de aproximadamente el 59% de los 56,5 millones de defunciones totales registradas en el mundo y el 46% de la carga mundial de morbilidad. En Chile, también existe un alto porcentaje atribuido a ellas, donde su valoración medida a través del riesgo cardiovascular es la pieza clave en la valoración integral de dicho sujeto ya que determina actitudes terapéuticas de acuerdo a dicho riesgo.⁴⁶ Se realizó un corte analítico transversal, con un diseño estratificado a 184 estudiantes de ambos sexos entre 18 a 28 años, se encontró que las mujeres con estado nutricional normal se asociaron significativamente con la etapa de "preparación a la acción" (13,59%) y "acción" (10,87%) respecto al control de peso; los hombres con buen estado nutritivo se asociaron con el "mantenimiento" del ejercicio físico (15,22% de los 184 estudiantes). El 59,6% de las mujeres y el 46,3% de los varones están en preparación para la acción en cuanto al consumo de frutas y verduras ($p < 0,05$). Por lo que se concluyó que hombres y mujeres perciben que sólo un estado nutricional normal es garantía de buena salud; ya que los varones no asignan importancia en el largo plazo al control de peso, ni las mujeres le asignan relevancia en el tiempo al ejercicio físico.⁴⁷

En una investigación publicada en la revista de la Universidad de Antioquia, realizada por Cabrera G. en la ciudad de Colombia en el año 2001, sobre las etapas de cambio en los consumidores de cigarrillo en Zarzal, con el objetivo investigar el uso de dos modelos del área de promoción de la salud para el diseño de una estrategia del control local del tabaquismo. Se estudiaron las etapas de cambio del modelo transteórico del comportamiento en salud. Se realizaron entrevistas domiciliarias a una muestra probabilística de residentes urbanos del municipio de Zarzal Valle del Cauca, Colombia. Participaron 138 sujetos de ambos sexos, con edades entre 20 y 59 años. Los sujetos debían haber fumado como mínimo un cigarrillo diario durante 6 meses, en cualquier época de los 2

años previos a la entrevista. Se registraron variables sociodemográficas del patrón del consumo de cigarrillo y sus relaciones con las etapas de cambio para el abandono del hábito de fumar. Se encontró que de los encuestados el 42% fueron clasificados como precontempladores, 50% contempladores, 1% se preparaba para cambiar su patrón de consumo de cigarrillo, 2% en la etapa de acción y 5% en mantenimiento de la condición de ex fumador. Las variables relevantes en la población estudiada, para efecto replantear intervenciones de control del problema, fueron la edad y la escolaridad. La intención y la disposición actual para abandonar el cigarrillo se mostró relacionada con la historia de tentativas previas de cambio, así fuesen fracasadas. La proporción de contempladores del cambio fue mayor que el de la literatura.⁴⁸

Un estudio realizado por la American Dietetic Association, en Estados Unidos en el año 2007-2008, sobre el estado de las pruebas relativas a las teorías de cambio de comportamiento y estrategias de la Consejería de Salud Nutrición para facilitar el cambio de comportamiento y la Alimentación, con el objetivo de realizar una revisión sistemática de la literatura relacionados con las teorías de cambio de comportamiento y estrategias utilizadas en el asesoramiento en nutrición. Doscientos catorce artículos fueron revisados entre julio de 2007 y marzo de 2008, y 87 estudios cumplieron los criterios de inclusión. El grupo de trabajo evaluó estos artículos de forma sistemática y formuló declaraciones y grados basados en la evidencia disponible. Fuerte evidencia existe para apoyar el uso de una combinación de la teoría del comportamiento y la teoría cognitivo-conductual, la fundación para la terapia cognitivo-conductual, para facilitar la modificación de los hábitos alimentarios específicos, peso y factores de riesgo cardiovascular y la diabetes. La evidencia es particularmente fuerte en los pacientes con diabetes tipo 2 que reciben una terapia cognitivo-conductual intensiva con una duración intermedia (6 a 12 meses), y a largo plazo (> 12 meses de duración) dirigidas a la prevención y retraso en la aparición de diabetes tipo 2 e hipertensión.⁴⁹

En la Universidad del Valle, Gómez L. y colaboradores, realizaron una revisión sistemática de reintervenciones comunitarias para promocionar la actividad física en

grupos específicos, en Cali- Colombia, en el año 2002, con el objetivo de documentar el desarrollo de intervenciones comunitarias para promocionar la actividad física en grupos específicos. Los beneficios para la salud de la actividad física moderada y vigorosa han sido documentados en numerosos estudios y comprenden la reducción del riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares. Se revisaron las experiencias publicadas en Pud Med, Lilacs, Scientific Electronic Library on Line (SciELO). De 30 intervenciones identificadas en la búsqueda se obtuvo el texto completo de 25 experiencias. La evaluación del efecto de las intervenciones a través reensayo aleatorizados fue realizada en 17 casos, en 5 por medio de ensayos controlados no aleatorizados y en 3 se realizaron mediciones antes y después sin grupo control. Las teorías y modelos de comportamiento fueron: la teoría cognitiva social en 5 de ellas, el modelo transteórico en 3, la combinación de elementos de la teoría cognitiva social y el modelo transteórico en 3, en 14 experiencias no se documento este dato en el artículo revisado. En 19 de los 25 casos se observaron incrementos estadísticamente significativos en la actividad física de los grupos intervenidos. En conclusión la mayor parte de las intervenciones evidenciaron efectos positivos en los individuos expuestos ⁵⁰

Otro estudio realizado en esta misma Universidad, por Cabrera G. con el objetivo de determinar la distribución de etapas del cambio de comportamiento en la actividad física regular de residentes de Bogota, Colombia en el año 2003. Se estudio la prevalencia de intención o práctica de actividad física en residentes urbanos de los estratos I a IV en Bogota, mayores de 18 años y menores de 65 Seleccionados probabilísticamente por conglomerados, estratos y tres etapas, encuestados en su domicilio, con consentimiento mediante formularios estructurados. Aquí se concluyo que la distribución de etapas de cambio en población adulta de los estratos I a IV de bogota son desfavorables tanto para riesgo cardiovascular como para otros factores comportamentales negativos asociados al estilo de vida urbano.⁵¹

2.2 FUNDAMENTACION FILOSOFICA

El realismo axiológico sostiene la *existencia de valores objetivos: aquellos que están arraigados en necesidades biológicas y sociales*. En consecuencia, estos valores pueden defenderse (y atacarse) de manera racional y con ayuda del conocimiento científico pertinente. Son valores objetivos la salud, el conocimiento, la seguridad, la intimidad y la paz, entre otros.⁵²

Uno de los objetivos primordiales del desarrollo es mejorar las condiciones de vida de las personas. Es conocido, que las condiciones de bienestar dependen de varios factores. Por un lado, existen las necesidades básicas que respondan a la sobrevivencia del individuo; tales como, alimentación, vestido, salud, educación, vivienda, entre otras. Por otro lado, existen otras necesidades que van brotando del mismo proceso de desarrollo, tales como: recreación, acceso a la cultura, etc., que se convierten en penurias obligatorias para poder funcionar socialmente.

La calidad de vida de las personas es determinada por factores tangibles e intangibles, sin embargo, los factores intangibles que determinan sustancialmente la calidad de vida y/o el bienestar de las personas tales como la felicidad y la satisfacción personal son los menos considerados en el análisis económico.

De acuerdo a Veenhoven (2000), hay una distinción clásica que se hace entre calidad de vida “objetiva” y “subjetiva”. La primera se refiere a un grado de vida que alcanza estándares explícitos de la buena vida, evaluados por una persona externa imparcial. Por ejemplo, el resultado de un examen médico. La segunda variante se refiere a auto-apreciaciones basadas en criterios implícitos, por ejemplo, el sentimiento subjetivo de la salud de alguien. Estas calidades no se corresponden necesariamente; alguien puede estar en buena salud según el criterio de su médico, y a pesar de ello sentirse mal.

La razón principal es que la diferencia se halla más bien en la observación, en lugar de hallarse en la esencia. La evaluación objetiva de la salud atiende a las mismas características que las evaluaciones subjetivas, aunque por medios diferentes. Además el etiquetado da lugar al mal entendimiento. La palabra “objetivo” sugiere la verdad indiscutible, mientras que el término “subjetivo” se interpreta fácilmente como una cuestión de gusto arbitrario. Esta insinuación es

falsa, el hecho de que los ingresos se puedan medir objetivamente no significa que su valor esté fuera de cuestión.⁵³

De nuevo, para Veenhoven (2001) el término "calidad de vida" indica que las distintas cosas que consideramos buenas tienden a coincidir. Es cierto que la felicidad coincide con varias cualidades de vida, por ejemplo, con distintas cualidades del entorno como puede ser la libertad y con otras aptitudes personales como puede ser la autonomía. Aunque ninguna de ellas proporciona siempre más felicidad. La mayoría de las relaciones están sujetas a la ley de la reducción de la utilidad y muchas de ellas parecen ir unidas a condiciones específicas. El aumento de la felicidad no siempre coincide con todas las cualidades apreciadas, por ejemplo, con el estado del bienestar o con la inteligencia personal. Algunas cosas que consideramos buenas pueden incluso reducir la felicidad. En realidad el término "calidad de vida" es menos global de lo que parece; de ahí que deba emplearse este término únicamente como indicativo.⁵⁴

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Si bien este concepto es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica.

A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

2.3 FUNDAMENTACION LEGAL

Para la realización de esta investigación de toma en consideración la Nueva Constitución Política del Ecuador, llevada a cabo en Montecristi, el 24 de Julio de 2008:⁵⁵

En los derechos del buen vivir, establece:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el régimen del buen vivir se establece:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

También se ha tomado en cuenta a la LEY ORGANICA DE SALUD (Ley No. 2006-67)⁵⁶; la cual en la prevención y control de enfermedades no transmisibles, establece:

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico – degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

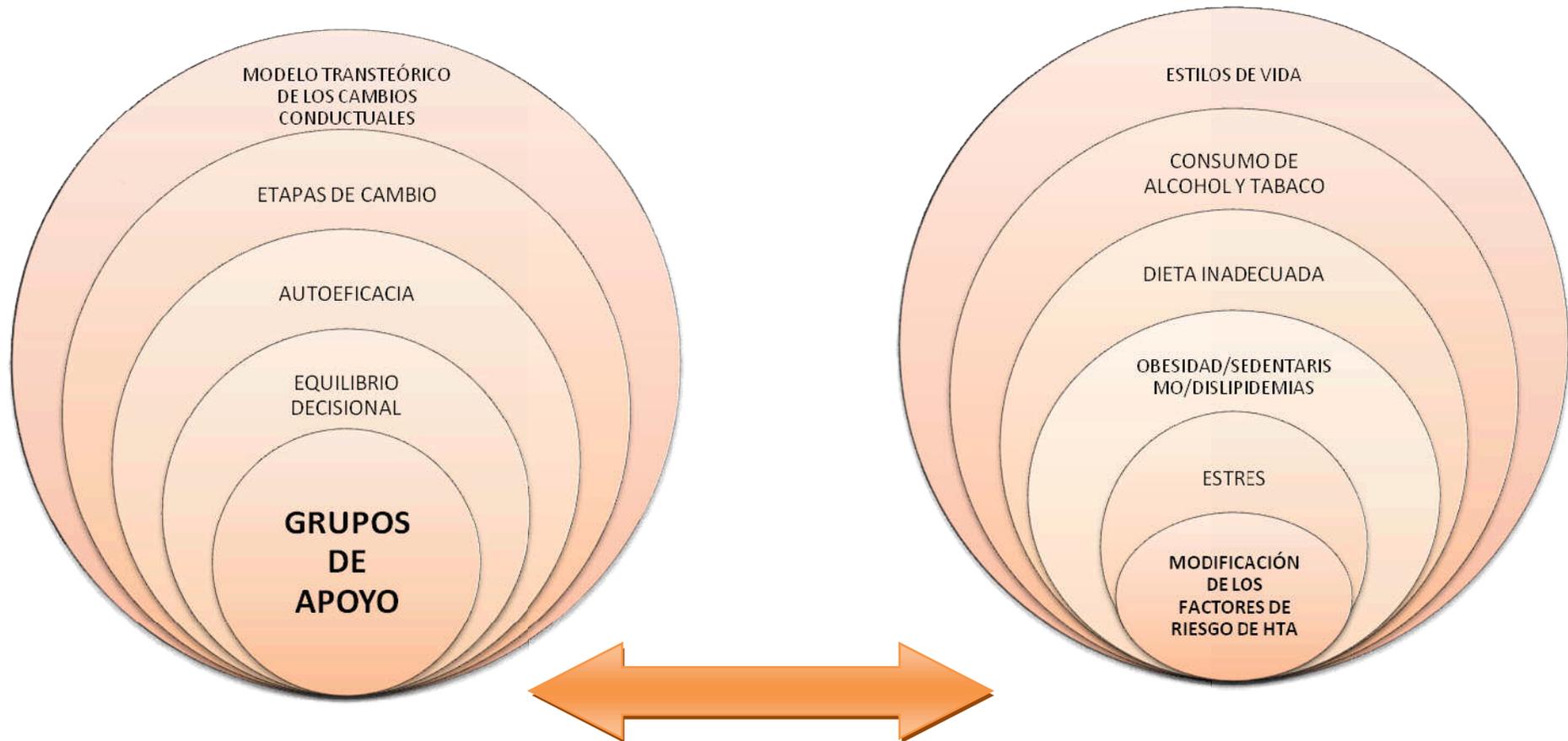
Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

2.4 CATEGORIZACION DE VARIABLES

VI: Influencia de los grupos de apoyo

VD: Modificación de los factores de riesgo de HTA



2.5 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.5.1 Modelo transteórico de los cambios conductuales de Prochaska

El Modelo Transteórico (MT) del cambio del comportamiento en salud, llevado a cabo en 1979 por James Prochaska, se consolidó durante los años noventa como una de las propuestas más innovadoras en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Ella ofrece posibilidades para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones a quienes están dirigidas las acciones, quien detecta cinco etapas definidas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, ellas pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Diversas publicaciones reconocieron la capacidad del modelo para describir y explicar las distintas etapas que son comunes a la mayoría de procesos de cambio comportamental y que a principio de los noventa fue progresivamente incorporado en las investigaciones e intervenciones de un amplio número de comportamientos ya reconocidos como de riesgo para la salud.⁵⁷

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio físico, dieta saludable, etc.⁴⁸

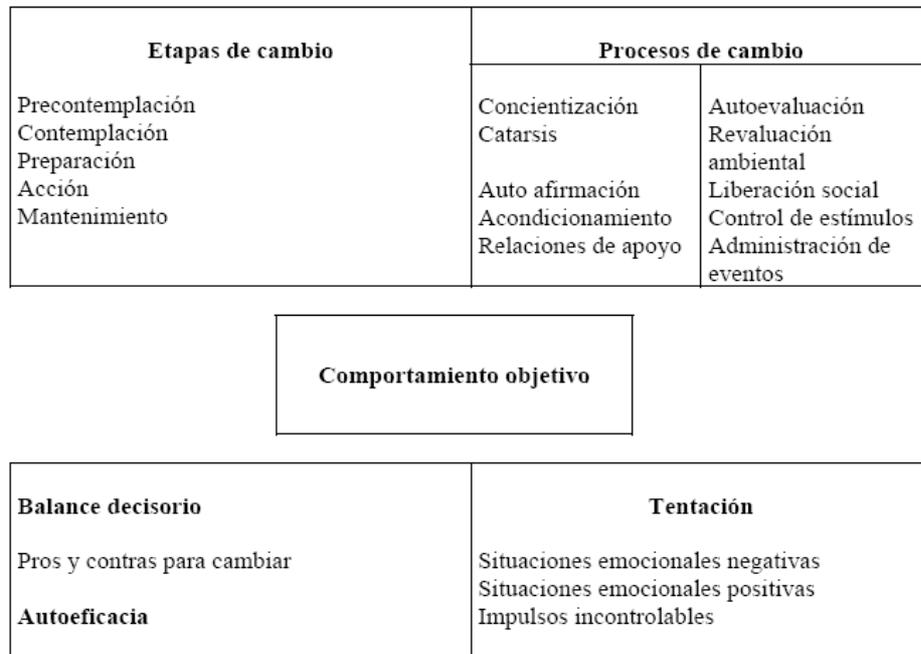
Consecuentemente, el modelo también describe los tres factores que caracterizan a las personas en cada etapa del cambio. Estos tres factores son:

Los procesos del cambio: lo que la gente piensa y hace para cambiar su conducta. El balance de decisión: la evaluación entre los pros y los contras del cambio. La autoeficacia: La confianza y la capacidad para conseguir el cambio. Por tanto, hay cuatro factores básicos que se relacionan en el modelo.⁴⁸

- **Cinco etapas.**
- El paso a través de las etapas ocurre cuando la gente utiliza los procesos del cambio.

- El progreso en las etapas tempranas depende del balance de decisión que tome la persona (balance entre pros y contras).
- Iniciar y mantener el cambio conductual requiere un sentido suficiente de confianza (autoeficacia).

Variables y componentes del modelo transteórico del cambio comportamental

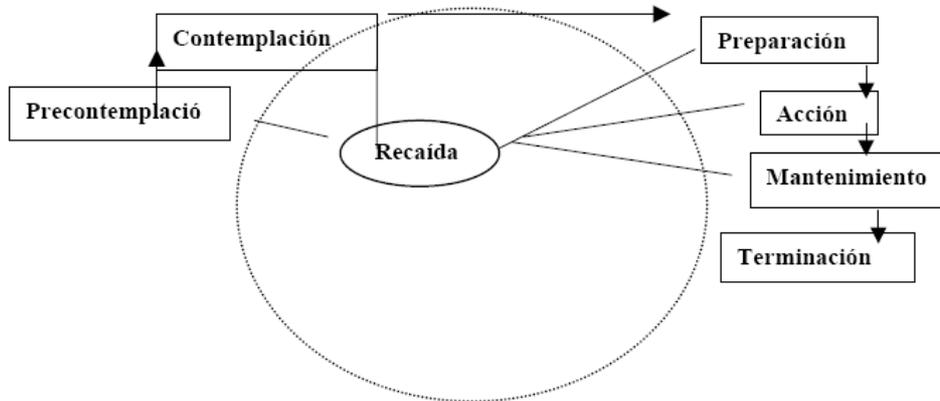


Fuente: Prochaska J. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion, 2002.

Las características de las etapas del cambio son las siguientes:

2.5.1.1 Estadios de cambio.

Los siguientes estadios representan la dimensión temporal o evolutiva del modelo, indicando un curso de acción en el abandono de las conductas que no es lineal, sino



Representación de las etapas del cambio del MT

recursivo, entendiendo este concepto de una manera similar a como lo define Fierro (1993), estados, o efectos terminales que producen, constituyen, crean los estados o causas iniciales", y mostrando una evolución en espiral desde la percepción del problema hasta su finalización definitiva.⁴⁸

Fuente: Revista de la Facultad de Salud Publica, Año 2002/Vol. 19, numero 002.

2.5.1.1.1. Precontemplación.

La precontemplación es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio de su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes 6 meses.1 Un subgrupo de las personas

clasificadas dentro de la etapa de precontemplación, puede estar allí por alta de informaron sobre las consecuencia a corto plazo, mediano o largo plazo de su comportamiento. Otro subgrupo pudo haber tenido intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presione sociales para cambiar y, principalmente, no están motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud. Esto programas no involucran a este tipo de personas, por la incoherencia entre los propósitos de las intervenciones y de las necesidades particulares de los individuos.
12

En este estadío los pacientes no son consciente (o lo son mínimamente), de que dicha conducta representa un problema. No se trata pues, de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema, por lo que no acuden a tratamiento o si lo hacen es presionado por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones.⁵⁸

2.5.1.1.2 Contemplación.

La contemplación es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores están conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aun muy grande. Los contempladores comienzan a considerar el cambio pero aun no asumen el compromiso específico para actuar en este sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos periodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a si mismo que van a cambiar algún día. Individuos así clasificados tampoco son aptos para los propósitos de programas tradicionales orientados a la acción comportamental.⁵¹

En este estadío los pacientes son conscientes de que existe un problema considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud ante la enfermedad es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información.⁵⁷

2.5.1.1.3 Preparación.

Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta, así como por ser la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales aunque dichos cambios no cumplan el criterio para considerar que se encuentra en la fase de actuación.⁴⁸

La preparación es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas en las intervenciones.⁵¹

2.5.1.1.4 Acción.

La acción es la etapa en que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un periodo de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acciones realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido histórica y simplísticamente equiparado a la acción a pesar de que, como se describe aquí es solo una de las seis etapas de cambio. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.⁵¹

2.5.1.1.5 Mantenimiento.

El mantenimiento se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental. Es un periodo de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída y

el relapso, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis a dos años.⁵¹

En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el compartimiento problemático, por lo que no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo.

Hasta aquí, los estadios propuestos por el modelo, pero su carácter cíclico, constatado en la dificultad existente para poder realizar un curso único por estos estadios, precisa la descripción de dos momentos importantes en el ciclo del cambio.⁵⁷

2.5.1.1.6 Recaída.

La recaída ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia estadios previos, frecuentemente al de contemplación o al de preparación, y en el peor de los casos al de precontemplación.⁵⁷

2.5.1.1.7 Finalización.

La terminación es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras.⁵¹

Si se consiguen estabilizar los cambios conductuales más allá de la fase de mantenimiento se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la no existencia de tentaciones a través de todas las situaciones problema, es decir, la extinción absoluta de la conducta sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento.⁵⁷

Medición de las etapas:

Para medir las etapas del cambio se utiliza un algoritmo que valora las intenciones y las conductas específicas para cada etapa. Los seis ítems son los siguientes:

Pregunta: ¿Ha dejado usted de fumar?

Nunca he fumado, o lo dejé hace más de cinco años.

Sí, lo dejé hace más de 6 meses (define mantenimiento).

Sí, llevo sin fumar menos de 6 meses (define acción).

No, pero lo voy a intentar en el próximo mes y he hecho un intento de al menos un día en el último año (define preparación).

No, pero voy a intentarlo en los próximos 6 meses (define contemplación).

No, y no tengo intención de hacerlo en los próximos 6 meses (define precontemplación).

2.5.1.2 Procesos de cambio.

Los autores del modelo transteórico proponen diez procesos básicos de cambio obtenidos del análisis comparativo de veintinueve sistemas terapéuticos (Prochaska, 1984).

Se pueden definir como las actividades iniciadas o experimentadas por un individuo que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones, o las relaciones interpersonales implicadas en su hábito (Prochaska y Prochaska, 1993). La utilización de estos procesos de cambio se propone desde el modelo como independiente de que el cambio se realice autónomamente o dentro de un marco terapéutico profesional.

Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de las intervenciones promotoras de salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados.⁵¹ Representan un nivel medio de abstracción entre las presunciones teóricas básicas de un sistema terapéutico y las técnicas propuestas por la teoría.

A continuación se relacionan los procesos de cambio propuestos por el modelo.⁴⁸

2.5.1.2.1 Aumento de la concienciación.

Consiste en la intensificación del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta y a los beneficios de modificarla, es decir, se relaciona con cosas que la gente hace para incrementar su conciencia de conducta como problema, lo cual reduce las defensas hacia el cambio: Por ejemplo: buscar información, leer artículos, ver programas de televisión, etc.

2.5.1.2.2 Autoreevaluación.

Consiste en la valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta en los valores y autoconcepto del paciente y en el reconocimiento de la mejoría que representa para su vida el abandono del hábito. Por ejemplo reevaluación de las consecuencias relevantes asociadas con el dejar de fumar. Hechos como "ya no me siento feliz viéndome a mí mismo como fumador".

2.5.1.2.3 Reevaluación ambiental.

Consiste en la valoración de impacto de la conducta sobre el comportamiento interpersonal y sobre las personas significativas del individuo, así como en el reconocimiento de los beneficios para dichas relaciones derivados de la modificación de la conducta. Por ejemplo: Me doy cuenta de que el asma de mi hija empeora si fumo.

2.5.1.2.4 Alivio por dramatización.

Experimentación y expresión de relaciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencias de los aspectos negativos asociados a la conducta. Ocurre cuando una persona experimenta una fuerte reacción emocional asociada a situaciones que tienen que ver con su conducta. Por ejemplo: Sentirse deprimido porque un amigo ha desarrollado una enfermedad relacionada con el tabaquismo.

2.5.1.2.5 Autoliberación.

Representa un compromiso personal y un aumento de percepción de la propia capacidad para decidir y elegir, y requiere por tanto la creencia de que uno mismo es un elemento

esencial en el cambio de la conducta, ya que se poseen, o se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar. Aumentar la percepción de que existen conductas alternativas en el entorno: ejercicio, etc.

2.5.1.2.6 Liberación social.

Consiste en la toma de conciencia de la representación social de la conducta, y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles, por lo que implica también un aumento en la capacidad para decidir y escoger nuevos cursos de acción. Por ejemplo: Cambios en el estilo de vida general del fumador. Se relaciona con actividades que apoyan el hecho de volverse un exfumador. Por ejemplo: Elegir comer algo saludable o beber un jugo en lugar de fumar un cigarro.

2.5.1.2.7 Manejo de contingencias.

Se trata de una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relacionada con el cambio ocurra. Consiste por tanto, en el auto y/o heteroreforzamiento de dichas conductas. Por ejemplo: La forma en que la gente se refuerza a sí misma (o es reforzada por los otros) para no fumar.

2.5.1.2.8 Relaciones de ayuda.

Representa la existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el cambio de la conducta. Se refiere a la confianza en los otros y a la aceptación de su ayuda así como a la búsqueda de ayuda profesional para guiar el proceso.

2.5.1.2.9 Contracondicionamiento.

Consiste esencialmente en la modificación de una conducta, generando y desarrollando conductas alternativas. Por ejemplo: hacer ejercicio, dar un paseo, tener a mano alimentos hipocalóricos, etc.

2.5.1.2.10 Control de estímulos.

Consiste fundamentalmente en la evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta. Por ejemplo: Evitar estímulos relacionados

con el tabaco y evitar situaciones que animan a fumar. Como poner carteles de no fumar en sitios que te pueden inducir a hacerlo, etc.

Estos diez procesos de cambio se organizan en relación a dos factores de segundo orden, (Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Diclemente, C.C., y Fava, J., 1988):

a) Procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, alivio por dramatización, y liberación social).

b) Procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, y control de estímulos).

Los procesos conductuales son aquellos que involucran a las personas en cambiar aspectos de su conducta problema.⁴⁸

2.5.1.3 Balance decisorio

Refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. La investigación acumulada respecto de este constructo permitió la simplificación de la dimensiones del balance decisorio en pros o beneficios y contras o costos de cambiar.⁵¹

2.5.1.4 Autoeficacia

Es la confianza que una persona tiene de que puede enfrenta una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para l salud. Este componente del modelo transteórico es incorporado específicamente de la teoría cognitivo social de Alberto Bandura. En el proceso de cambio, la autoeficacia resulto se un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen.⁵¹

2.5.1.5 Tentación

La tentación refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores.⁵¹

2.5.1.6 Niveles de cambio⁵⁷

La tercera dimensión del modelo transteórico se refiere a qué cambiar, mientras que los estadios se refieren al cuándo y los procesos al cómo.

Aunque se puedan identificar y aislar algunas conductas, se producen en el contexto de los niveles interrelacionados de la actividad humana. Los niveles de cambio representan una organización jerárquica de los cinco niveles en que se localizan las evaluaciones e intervenciones terapéuticas de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados:

- A. Síntoma/situación.
- B. Cogniciones desadaptativas.
- C. Conflictos interpersonales actuales.
- D. Conflictos sistémicos/familiares.
- E. Conflictos intrapersonales.

Históricamente cada escuela de psicoterapia ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su intervención en su resolución. Desde el punto de vista del modelo transteórico es fundamental para el proceso de cambio que los terapeutas y los pacientes se pongan de acuerdo en el motivo al que atribuyen el problema y en el nivel o niveles que se desean modificar para solucionarlo.

Prochaska y Diclemente plantean desde esta dimensión del cambio una serie de estrategias para optimizar la intervención, como el inicio por el síntoma, el cambio progresivo de niveles, o la selección del nivel o combinación de niveles clave para el impacto máximo de la intervención terapéutica.⁵¹

2.5.2 Factores de riesgo de Hipertensión arterial⁵⁹

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial.⁶⁰

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, los cuales se clasifican de acuerdo con su posibilidad de identificación e intervención, en factores de riesgo modificables, es decir, prevenibles y no modificables o no prevenibles. Los factores de riesgo modificables se asocian con el estilo de vida por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, el consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol y el bajo consumo de potasio, la inactividad física y el estrés. Los factores de riesgo no modificables o no prevenibles son inherentes al individuo (género, raza, edad, herencia).

Los factores de riesgo cardiovascular mayores son: hipertensión arterial, consumo de cigarrillo, sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 30$), sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus, microalbuminuria o tasa de filtración glomerular < 60 ml/min), edad (> 55 años para el hombre, > 65 años para la mujer) e historia de enfermedad cardiovascular prematura (padre < 55 años y madre < 65 años). A su vez, algunos de estos favorecen el desarrollo de hipertensión arterial (obesidad, consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol, y bajo consumo de potasio, magnesio y calcio; inactividad física y estrés).

2.5.2.1 Factores de riesgo no modificables (Anexo 5)

2.5.2.1.1. Edad

Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.

Todas las estadísticas concuerdan en que la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, aumenta con la edad en ambos sexos. Cuanto más joven es el paciente

cuando se detecta la hipertensión, mayor es la reducción de su esperanza de vida si la hipertensión no se trata. Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo. ⁶¹

2.5.2.1.2. Sexo

La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer, pero a partir de los 50 años éstas tienden a presentar presiones arteriales superiores. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad. ⁶²

2.5.2.1.3. Origen étnico

La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.

2.5.2.1.4. Herencia

La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2^a grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

La presión arterial de los familiares de primer grado se correlaciona de forma significativa; la prevalencia de hipertensión es superior entre los familiares de hipertensos, fenómeno denominado “agrupación familiar de la hipertensión. Esta agrupación familiar se ha observado con los hijos naturales, pero no con los adoptados. En gemelos homocigotos existe una mayor correlación entre la presión arterial sistólica y diastólica que en gemelos dicigotos. La herencia depende de varios genes, cuya expresión resulta modificada por factores ambientales. ⁶³

2.5.2.2 Factores de riesgo modificables

2.5.2.2.1. Tabaquismo

El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA.

El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA. El riesgo cardiovascular aumenta sinérgicamente si está presentes varios de estos factores. Tabaquismo más hipertensión arterial o tabaquismo *más* hipercolesterolemia multiplican por nueve el riesgo vascular. La conjunción de los tres lo multiplica por dieciséis. Este dato es importante si se tiene en cuenta, por ejemplo, que aproximadamente la tercera parte de los hipertensos son, además, fumadores. ⁶⁴

2.5.2.2.2 Alcohol

El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.

El excesivo consumo de alcohol es un importante factor de riesgo para la hipertensión arterial, puede causar resistencia a la terapia antihipertensiva, y es un factor de riesgo para el infarto. Existen otros trabajos, que se señala un efecto protector del consumo moderado de alcohol en la cardiopatía coronaria, debido a un incremento en la fracción c-HDL y a un descenso en la fracción c-LDL. El beneficio mencionado sólo es válido para el consumo moderado; con el abuso no se advierte dicho efecto y tampoco es válido para otras patologías, cuyo riesgo puede verse incrementado con niveles altos de ingesta de alcohol. ⁶⁵

2.5.2.2.3 Sedentarismo

La vida sedentaria aumenta de la masa muscular(sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.⁶⁵

2.5.2.2.4 Nutricionales

Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.⁶⁵

2.5.2.2.5 Psicológicos y sociales

La exposición durante mucho tiempo a ambientes psicosociales adversos puede ser importante y originar hipertensión permanente. Los factores de personalidad son importantes y entre ellos se han citado la tendencia a la ansiedad y la depresión, los conflictos de autoridad, el perfeccionismo, la tensión contenida, la suspicacia y la agresividad. El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).⁶⁵

2.5.2.2.6 Obesidad

La obesidad, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg.⁶³La Federación Internacional de Diabetes determino que para la población latinoamericana los puntos de corte de medición de circunferencia abdominal para determinar riesgo sean > ó igual a 90 para hombres y > ó igual a 80 para mujeres.⁶⁶⁻⁶⁷
68_69

En individuos normotensos, el incremento de peso se asocia a una mayor frecuencia de hipertensión, y la disminución de peso en obesos con hipertensión desciende la presión arterial y, si están sometidos a tratamiento, también disminuye la intensidad de las medidas necesarias para mantenerlos normotensos.⁶⁵

2.5.2.2.7 Dislipidemias

Las dislipidemias otro factor importante, relacionadas con el consumo de colesterol, grasas saturadas y grasas totales. Tanto la hipercolesterolemia como la hipertrigliceridemia son importantes factores de riesgo de aterosclerótico.⁵⁹

2.5.2.2.8 Diabetes Mellitus

La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.⁶⁵

2.6 Hipótesis

¿La aplicación del modelo transteórico de cambios conductuales en los pacientes hipertensos y diabéticos del grupo de apoyo del Hospital Provincial de la ciudad del Puyo influye en la modificación de factores de riesgo?

VI: Modelo Transteórico de cambios conductuales.

VD: Modificación de los factores de riesgo.

CAPITULO III

3. Marco Metodológico

3.1 Enfoque

Esta investigación llevó un enfoque Cualicuantitativo. Cualitativo, ya que mediante el Modelo Transteórico de los cambios conductuales de Prochaska se analizó las etapas de cambio conductual en la que se encontraron los pacientes referentes a factores modificables de hipertensión arterial, como dieta, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol, obesidad y sobrepeso. Cuantitativo ya que se determinó valores de presión arterial, IMC, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos de los pacientes. Todos estos elementos serán evaluados durante el proceso y su finalización.

3.2 Modalidad básica de la investigación.

Se trata de un tipo de investigación de campo ya que se la realizó en el Hospital Provincial Puyo en el periodo Diciembre 2010 a Abril 2011, tiempo en el cual se evaluó y comparó la modificación de los factores de riesgo, aplicando el modelo transteórico de cambios conductuales a dos grupos de pacientes diabéticos e hipertensos que cumplieron los criterios de inclusión, un grupo estudio (A) y un grupo control (B) los cuales fueron seleccionados seleccionadas al azar.

Además responde a un tipo de investigación documental porque se recogerá datos de las historias clínicas de los pacientes diabéticos e Hipertensos del Hospital Provincial Puyo en el periodo diciembre 2010 - abril 2011, de estas se extraerán datos como presión arterial, IMC, perímetro abdominal, perfil lipídico, tanto al inicio como al finalizar la etapa de evaluación.

3.3 Nivel o tipo de investigación.

Es un estudio de tipo descriptivo transversal porque se determinó la influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de hipertensión arterial, aplicando el Modelo Transteórico de los cambios conductuales de Prochaska a dos grupos de pacientes diabéticos e hipertensos que cumplieron los criterios de inclusión, un grupo estudio (A) y un grupo control (B) los cuales fueron seleccionados seleccionadas al azar.

3.4 Población y muestra.

La población que fue motivo de estudio son todos los pacientes diabéticos e hipertensos que acudieron a consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Provincial Puyo, en el mes de Diciembre del 2010 y se optó por aquellos quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, de estos se obtuvo la muestra. Dos grupos de pacientes diabéticos e hipertensos seleccionados aleatoriamente, un grupo estudio (A) y un grupo control (B).

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Paciente > de 18 años.
- Hipertenso.
- Que acuda al servicio de medicina interna.

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Abandone el tratamiento.
- Otras comorbilidades diferentes a diabetes.

3.5.- Aspectos Éticos

Con el fin de proteger la privacidad de los pacientes, la aplicación de las técnicas de recolección de información, fueron realizadas en un sitio reservado, que le aseguró al paciente, que toda la información que nos dio fue manejada de manera anónima, confidencial, y sólo como grupo, nunca individual, por lo que cada paciente se le otorgó un código.

3.6.- Operacionalización de las variables:

3.6.1 Variable Independiente: MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIOS CONDUCTUALES: esta fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio.

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Etapas de cambio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precontemplación • Contemplación • Preparación • Acción • Mantenimiento <p>Autoeficacia</p> <p>Equilibrio decisional</p>	<p>Sin intención de cambiar</p> <p>Con intención de cambiar</p> <p>Intención de cambiar en 30 días</p> <p>Cesación del factor de riesgo</p> <p>Cesación del factor de riesgo por 3 meses o mas</p> <p>Puntaje</p> <p>Pros y contras</p>	<p>¿Cree usted poder cambiar?</p> <p>¿Cuánto confía en que será capaz de cambiar?</p> <p>¿Qué pros y que contras tiene para poder realizar este cambio?</p>	<p>Ficha de Cambio Conductuales</p>

3.5.1 Variable Dependiente: MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO: evento modificable o no modificable, que aumenta la posibilidad de padecer Hipertensión Arterial.

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
OBESIDAD Y SOBREPESO	IMC (Peso/ Talla)	¿Cuál es el IMC?	Tallmetro y balanza
DISLIPIDEMIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total (>200MG/DL y > 150 en pacientes diabéticos) • HDL (< 45 en mujeres, < de 35 en hombres) • LDL(>de 100mg/dl) • Triglicéridos (> 150) 	¿Qué valores presenta el paciente?	Registro específico, historia clínica
TABACO	Numero de unidades consumidas al día	¿Usted fuma?	
ALCOHOL	Cantidad de consumo	¿Consume alcohol?	Encuesta/cuestionario

PLAN ALIMENTARIO	Aumento del consumo de sal	¿Su dieta es baja en sal?	
SEDENTARISMO	Tiempo de ejercicio que realiza	¿Qué tiempo de ejercicio realiza a la semana?	

3.6.- Técnicas e Instrumentos para la recolección de la información.

Se aplico el Modelo Transteórico de los cambios conductuales de Prochaska donde se analizo las etapas de cambio conductual en la que se encontraron los pacientes del grupo A. (Anexo 1)

Se realizo también una encuesta a los pacientes, para conocer sus estilos de vida, como consumo de tabaco, alcohol, plan de alimentario y sedentarismo. (Anexo 2)

Los datos que fueron obtenidos de la revisión de la historia clínica de los pacientes, fueron extraídos en un formulario que se lo diseño de acuerdo a las variables de medición del proyecto de investigación, con esto se obtuvo información de los valores de triglicéridos, colesterol total, HDL Y LDL. (Anexo 3)

Estas técnicas e instrumentos se aplicaron luego de su consentimiento informado, que le garantizó absoluta reserva de su información. (Anexo 4)

3.6 Plan de recolección de información

Se opto por aquellos quienes pacientes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, de estos se obtuvo la muestra. Dos grupos de pacientes diabéticos e hipertensos seleccionados aleatoriamente, un grupo estudio (A) y un grupo control (B).

A los pacientes del grupo A se aplico la ficha de cambios conductuales enfocada a los factores de riesgo que deben ser modificados, y se tomo datos iniciales de las variables de medición (presión arterial, IMC, perímetro abdominal, perfil lipídico y datos acerca de sus estilos de vida), al grupo B de pacientes solamente se les tomo los datos iniciales de las variables de medición.

En la primera fase se analizó las etapas de cambio conductual en la que se encontraron los pacientes; y según la etapa en la que se encontró el paciente, se aplicó el manejo establecido por este modelo en el momento de la entrevista y en el grupo de apoyo, en un periodo de tres meses. Al finalizar esta fase se realizó una segunda medición de las variables, en ambos grupos, y se comparó si existió o no la modificación de los factores tanto en el grupo estudio como en el grupo control.

3.8. Plan de procesamiento de la información

Los datos recogidos se transformaron siguiendo estos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir se realizó limpieza de la información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Se ordenó la información recolectada.
- Se creó una base de datos en Excel de los datos recolectados tanto en la primera como en la segunda fase de la investigación,
- La información fue exportada al programa Epiinfo donde se obtuvo datos de las diferentes variables cuantitativas, como la moda y el promedio y cualitativas como proporciones y porcentajes.
- Para identificar la asociación estadísticamente significativa entre las variables fue aplicado el Test X^2 .
- Se realizó un análisis univariado y estadístico de significación para análisis de la modificación de los factores de riesgo.
- Se tabuló la información.
- Se realizó la graficación de los resultados.
- Finalmente se realizó el análisis y discusión de resultados obtenidos, para poder obtener las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

El estudio incluyó a un total de 124 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión que acudieron a consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Provincial Puyo en el mes de diciembre del 2010, los cuales fueron asignados aleatoriamente para que conformen el grupo de estudio y el grupo control, 23 fueron excluidos del estudio debido a que los datos necesarios para la investigación se encontraban incompletos, resultando un total de 101 casos. En estos se obtuvo la medición basal de los datos necesarios y en el mes de abril del 2011 se obtuvo la medición final para poder realizar la comparación.

La población del grupo de estudio comprende 32 pacientes, 22 mujeres (68,8%) y 10 varones (31,3%), su edad varía desde los 30 a los 80 años, presenta una media de 57,7 años, la moda de 70 y una desviación estándar de 14.8. La población del grupo control comprende 69 pacientes, 43 mujeres (62,3%) y 26 varones (37.7%), su edad varía desde los 27 años a los 92 años, presenta una media de 64,8 años, la moda de 60 años y una desviación estándar de 13.9. Se observó una mayor frecuencia de aparición de la Hipertensión Arterial en los grupos de edades mayores de 65 años con 55 casos (54,45%), con un predominio del sexo femenino 2:1, lo que nos muestra la alta incidencia de HTA en estas edades, se observa un predominio del sexo femenino después de los 50 años de edad como en otros estudios realizados por otros autores.⁷⁰ Se dice que en países industrializados la frecuencia de HTA entre la población mayor de 65 años de edad es de casi el 60%⁷¹, valor que es cercano al obtenido en esta investigación.

Tabla 1. Características de la población de estudio y de la población de control.

	<i>GRUPO ESTUDIO</i>		<i>GRUPO CONTROL</i>		<i>TOTAL</i>	
	FECUENCIA	%	FECUENCIA	%	FECUENCIA	%
<i>EDAD</i>						
<i>20 - 34</i>	2	6,25%	2	2,89%	4	3,96%
<i>35 - 64</i>	13	40,62%	29	42,02%	42	41,58%
<i>>65</i>	17	53,12%	38	55,07%	55	54,45%
<i>TOTAL</i>	32	100%	69	100%	101	100%
<i>GENERO</i>					TOTAL	
<i>FEMENINO</i>	22	68,8%	43	62,3%	65	64,35%
<i>MASCULINO</i>	10	31,2%	26	37,7%	36	35,64%
<i>TOTAL</i>	32	100%	69	100%	101	100%
<i>ESTADO CIVIL</i>					TOTAL	
<i>CASADOS</i>	20	62,5%	42	60,9%	62	61,3%
<i>DIVORCIADOS</i>	5	15,62%	15	21,7%	20	19,8%
<i>SOLTEROS</i>	4	12,5%	3	4,3%	7	6,93%
<i>VIUDOS</i>	3	9,37%	9	13%	12	11,88%
<i>TOTAL</i>	32	100%	69	100%	101	100%
<i>INSTRUCCION</i>					TOTAL	
<i>INFERIOR</i>	11	34,4	24	34,8%	35	34,6%
<i>MEDIA</i>	18	56,2%	41	59,4%	59	58,41%
<i>SUPERIOR</i>	3	9,4%	4	5,8%	7	6,93%
<i>TOTAL</i>	32	100%	69	100%	101	100%
<i>SITUACION ECONOMICA</i>					TOTAL	
<i>ACOMODADA</i>	2	6,5%	2	2,9%	4	3,96%
<i>INTERMEDIA</i>	13	41,9%	26	37,7%	39	38,61%
<i>POBRE</i>	17	51,6%	41	59,4%	58	57,42%
<i>TOTAL</i>	32	100%	69	100%	101	100%

FUENTE: Encuestas

REALIZADA POR: Tania Álvarez B

El peso promedio de la medición basal del grupo estudio fue de 68,31 kilos, una desviación estándar de 16,3 y una moda de 50, una estatura promedio de 1,50 m con una desviación estándar de 0,111 y una moda de 1,6. El peso promedio de la medición basal del grupo control fue de 71,53 kilos, una desviación estándar de 15,13 y una moda de 48, una estatura promedio de 1,54 m con una desviación estándar de 0,090 y una moda de 1,63, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la talla, ni en el peso entre ambos grupos, pero se podría analizar de acuerdo al género ya que existen estudios como el RENAHTA donde hubo diferencia estadísticamente significativa en la talla, pero no en el peso entre ambos géneros.⁷²

La tabla 1 nos permite observar que ambos grupos presentan similares características ya que son de la misma zona y sus condiciones de vida son parecidas, por lo que en términos generales de los 101 pacientes estudiados, el 61,3 % es casado, el 58,41 % de la población presentan una instrucción media y su condición económica en el 57,42 % es pobre. Resultados estos coincidentes con los de Fonseca quien encontró en su estudio un predominio de pacientes con grado de escolaridad secundario. Álvarez en un estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en un área de salud de Camaguey, también reporto una mayor incidencia de la hipertensión arterial en pacientes de bajo nivel de escolaridad. Otros estudios realizados coinciden también con este hallazgo. Farreras, plantea que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la población. El vínculo laboral es otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a un paciente hipertenso pues muchas labores conllevan a un stress físico y psíquico elevado. Este bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos de la hipertensión arterial trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento de su relevancia cambios en el modo y estilo de vida, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que esta se ha presentado.⁷⁸

El hecho de que el nivel educativo, a igual necesidad, influya significativamente en la probabilidad de tener acceso efectivo a diagnósticos y tratamientos, sugiere que los pacientes mejor formados se encuentran normalmente mejor, informados, y tienen cierta capacidad de influir en el trato que reciben. Todo ello implica que, como señalan los autores, la simple garantía de acceso a la consulta del médico no constituye aval suficiente para el logro de la equidad y no tengan la probabilidad de que se realice una

detección y/o seguimiento de los malos estilos vida que se asocian al riesgo de enfermedades cardiovasculares⁷³

Tabla 2. Características de las medidas antropométricas según el grupo estudio y grupo control

	GRUPO A		GRUPO B	
MEDIDAS	MEDICION		MEDICION	
ANTROPOMETRICAS	BASAL		BASAL	
	X	DE	X	DE
PESO	68,31	16,3	71,53	15,13
TALLA	1,50	0,111	1,54	0,090

FUENTE: Historia clínicas del HPP. REALIZADA POR: Tania Álvarez B

Estos resultados demuestran que la presión arterial aumenta paralelamente con la edad pero se comporta de forma distinta según el sexo. Por debajo de los 50 años en el sexo masculino la frecuencia es mayor que en las mujeres, en las que a partir de entonces tienden a presentar tensiones arteriales elevadas. Hernández afirma en estudio de prevalencia de presión arterial que en el sexo femenino se acelera durante la menopausia, siendo que la postmenopáusica tiene el doble de probabilidades de sufrir Hipertensión Arterial, esto se relaciona con muchos factores entre ellos con la disminución en la producción de estrógenos.⁷⁴⁻⁷⁵

Otros estudios relacionados plantean que las cifras de tensión arterial se elevan con la edad y después de los 50 años el 50% de la población puede padecer de HTA. Influyen factores dependientes del estilo de vida, en los que el individuo pudiera tener mayor tiempo de exposición al mismo.⁷⁹

Sánchez en un estudio realizado en Santiago de Cuba en el año 2002 encontró el mismo resultado, donde la hipertensión arterial predominó en las edades mayores, sobre todo en las edades geriátricas.⁷⁶ En estudios realizados en España se encontró en la población de 35-64 años que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 47%,⁸³ valor

En la medición final podemos observar que posterior a la intervención en el grupo estudio hubo una disminución de la presión arterial promedio de 10mmHg/5,6mmHg sistólica y diastólica respectivamente, mientras que en el grupo control la variación es poco significativa. Dejo en manos de nuevos investigadores el realizar estudios más minuciosos acerca de las metas de disminución de la presión arterial en población específicamente hipertensa diabética, con la modificación de los factores de riesgo.

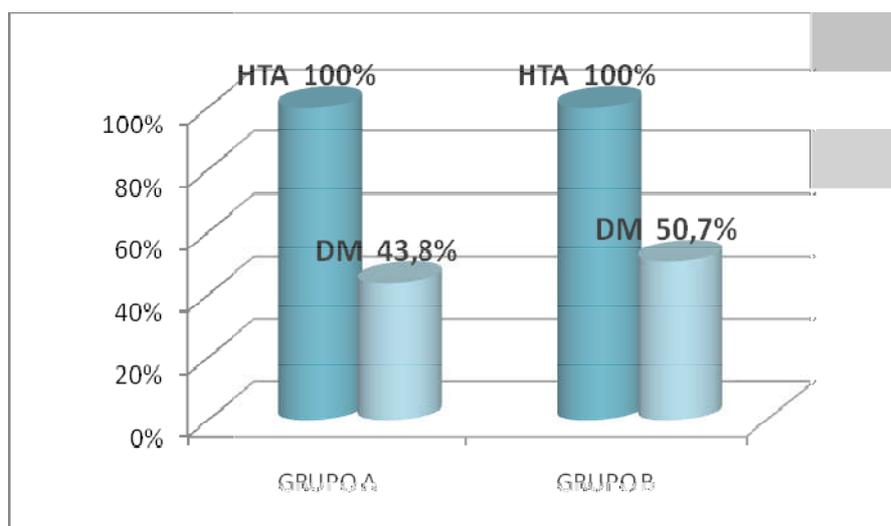
Tabla 4. Variación de la presión arterial luego de la intervención en ambos grupos

<i>TENSION ARTERIAL</i>	<i>A</i>					<i>B</i>				
	MEDICION BASAL		MEDICION FINAL		≠	MEDICION BASAL		MEDICION FINAL		≠
	X	DE	X	DE		X	DE	X	DE	
Mg.	139/84,6	8,5/6,7	129/79	9,28/7,5	10/5,6	141,5/80	16,6/11	136,3/79	11,24/8,8	5,2/1

FUENTE: Historia clínicas HPP. ELABORADO POR: Tania Álvarez

También es importante mencionar que un 11,88% de pacientes en la medición basal presentan valores normales de HTA, ya que se encuentran con tratamiento antihipertensivo y nos demuestra que solo un pequeño porcentaje de la población se encuentra con control farmacológico de esta patología. Se mantiene la necesidad de implantar las medidas no farmacológicas o de cambios de estilo de vida en todos los pacientes con hipertensión arterial, necesiten o no tratamiento farmacológico.⁷

Gráfico 1. Prevalencia de DM en la población con HTA

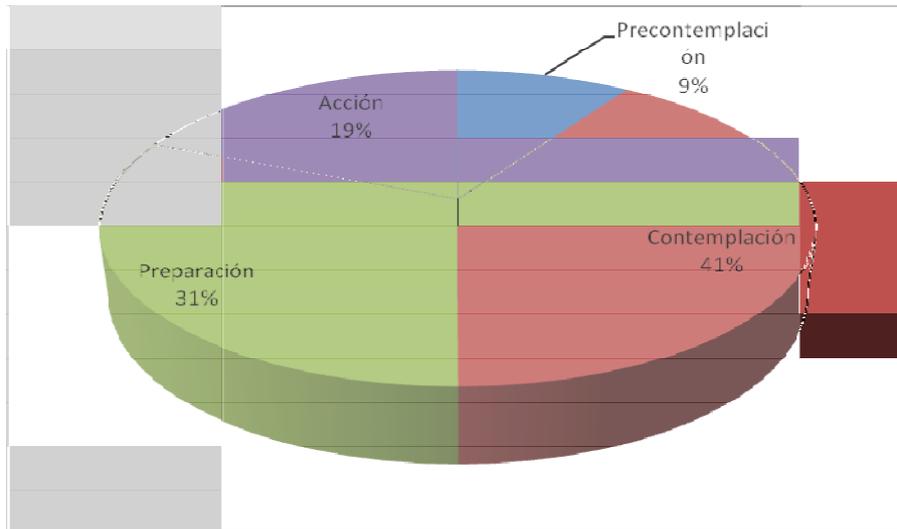


FUENTE: Historias clínicas del HPP. ELABORADO POR: Tania Álvarez

Además de la HTA la investigación incluye a la población hipertensa diabética, ya que como sabemos la hipertensión y la diabetes mellitus también coexisten, como podemos observar en la gráfica del total de la población hipertensa un 43,8% pacientes presentan diabetes en el grupo estudio y un 50,7% en el grupo control, estos valores obtenidos concuerdan con las revisiones que se realizaron en 11 estudios en pacientes diabéticos del nivel primario de salud entre los años 1986- 2000, registrándose un total de 1 126 pacientes diabéticos con una prevalencia de hipertensión arterial del 53,2 %. La influencia en la prevalencia de HTAS y DM- 2 es bidireccional.⁷⁸⁻⁷⁹. En ENSA 2000 se confirmó dicho postulado, ya que la prevalencia de diabetes en la población hipertensa fue del 16.4%, mientras que en la población no hipertensa fue del 8.2%. Así, el ser hipertenso representó un riesgo de ser diabético 2 veces mayor.⁶⁵ La coexistencia de hipertensión y diabetes aumenta el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, un riesgo 2 veces mayor que una persona no diabética de presentar eventos cardiovasculares y han sido ampliamente estudiados los efectos del control de la presión arterial⁸⁰⁻⁸¹, además nos da una pauta para poder realizar intervenciones en este tipo de pacientes ya que estudios como el estudio UKPDS que fue específicamente dirigido a población hipertensa diabética, se inició en 1977 y finalizó en 1997 incluyendo un total de 5102 diabéticos, el estudio HOT, el estudio SystolicHypertension in theElderlyProgram (SHEP), el Syst-EUR (SystolicHypertensioninEurope Trial), el estudio HeartOutcomesPreventionEvaluationStudy(HOPE) hacen referencia que un control estricto de los valores dentro de lo normal tanto de la presión arterial como de la glicemia ayudan a disminuir las complicaciones posteriores como son el aparecimiento de síndromes coronarios, entre otras. Así, ENSA 2000 confirma la interacción bidireccional y reitera la necesidad de profundizar en el conocimiento de los mecanismos esenciales que vinculan a ambas entidades.⁸²

4.3 ETAPAS DE CAMBIO CONDUCTUALES DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE ESTUDIO

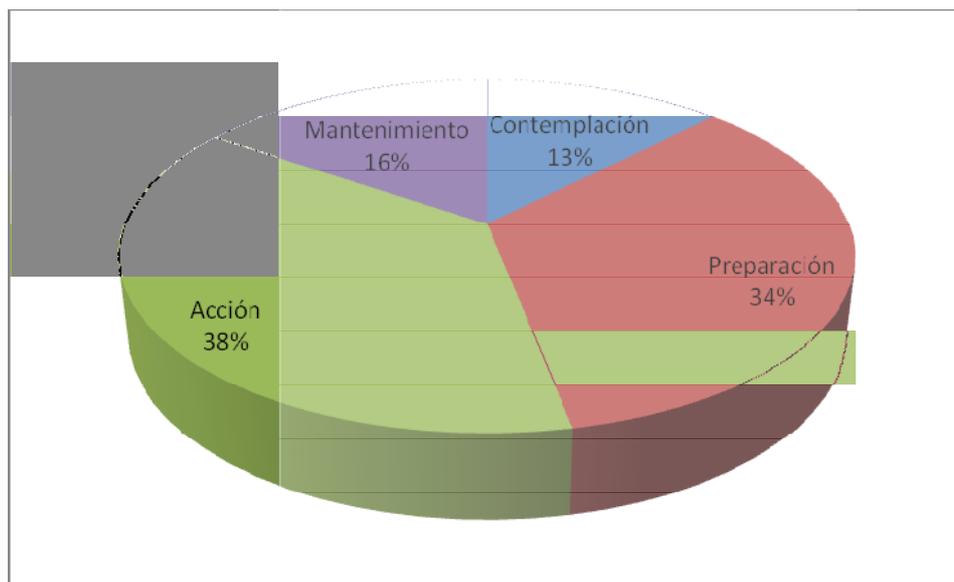
Grafico 2. Etapas de cambio conductuales medición basal de los pacientes del grupo de estudio.



FUENTE: Ficha de cambios conductuales. **ELABORADO POR:** Tania Álvarez

Como podemos observar en la gráfica en la medición basal encontramos un mayor porcentaje de pacientes que se encuentran en contemplación 40,6% y solo un 9,4% de la población se encuentra en etapa de precontemplación, es decir que no muestra interés por el cambio.

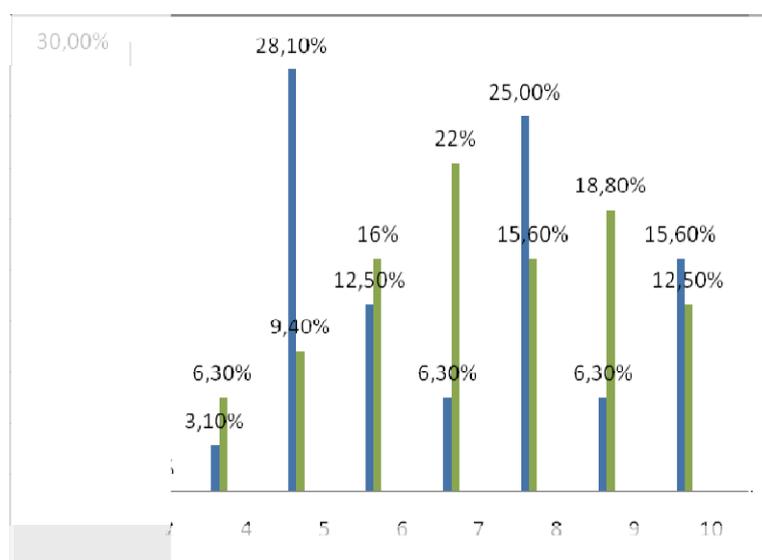
Grafico 3. Etapas de cambio conductuales medición final de los pacientes del grupo de estudio.



FUENTE: Ficha de cambios conductuales. **ELABORADO POR:** Tania Álvarez

Al realizar la medición final los pacientes alcanzaron estar en etapas de preparación un 34,4% y acción un 37,5%, lo que no demuestra que luego de la intervención obtuvimos resultados positivos y alcanzamos el cambio de etapa. También es importante mencionar que posterior a la intervención ya no encontramos ningún paciente desinteresado por el cambio. Al contrario se obtuvo un 15,6% de pacientes que se lograron pasar a la etapa de mantenimiento de la acción, destacando que en la medición basal ningún paciente se encontraba en esta etapa.

Grafico 4. Autoeficacia en los pacientes del grupo de estudio.



FUENTE: Ficha de cambios conductuales. **ELABORADO POR:** Tania Álvarez

En cuanto a medición de la escala de autoeficacia es decir de cuanto confía el paciente en que será capaz de realizar un cambio se obtuvo en la medición basal, con un promedio de 6,9 con una desviación estándar de 2. Al finalizar la intervención se obtuvo un promedio de 7,3 y una desviación estándar de 1. Se puede concluir que la confianza generada en los pacientes luego de la intervención aumenta, aunque el resultado esperado no es tan significativo posiblemente porque el valor de la autoeficacia depende de la etapa en la que se encuentre en paciente, en un futuro se podría investigar cuál de las etapas y/o las intervenciones es la que genera mayor confianza en los pacientes

Existen estudios realizados hace donde se resumió los hallazgos empíricos del modelo en el campo de la actividad y el ejercicio físico usando la técnica cuantitativa del

metaanálisis. Con base en 91 muestras independientes informadas en 71 artículos, concluyeron que los datos no explicaban que tanto el cambio comportamental ocurría en una serie de etapas cualitativamente diferentes y que el volumen creciente de publicaciones sobre el asunto indicaban claramente la necesidad de estandarizar y mejorar la confiabilidad de las mediciones efectuadas y así establecer cuáles eran los mediadores y moderadores existentes entre las diversas etapas de cambio.¹²

Existe un amplio espectro teórico conceptual y técnico útil para promover comportamientos humanos con efectos en la salud, se mantiene como un objeto permanente de revisión, validación de terreno y discusión de contextos científicos.

4.4 Distribución según factores de riesgo

Sobrepeso y Obesidad

Tabla 5. Distribución del IMC según la medición basal y final en ambos grupos.

IMC	A				B				MEDICION FINAL			
	MEDICION N BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
NORMAL	7	21,7%	12	17,2%	19	18,81%	10	31%	11	15,5%	21	20,7%
SOBREPESO	16	49,6%	21	29,9%	37	36,6%	13	40,3%	22	31,1%	35	34,65%
OBESO TIPO 1	4	12,4%	26	37%	30	29,7%	4	12,4%	26	37%	30	29,7%
TIPO 2	1	3,1%	7	9,9%	8	7,92%	2	6,2%	7	9,9%	9	8,91%
TIPO 3	4	12,4%	3	4,2%	7	6,63%	3	9,3	3	4,2%	6	5,94%
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%

FUENTE: Historias clínicas del HPP. ELABORADO POR: Tania Álvarez

Se observa en la tabla en la medición basal que en el grupo estudio existe una mayor cantidad de pacientes con que presentan sobrepeso con un 49,6%, con un promedio de 29,93 una desviación estándar de 7,47, mientras que en el grupo control existe un predominio por la obesidad con un 29,9%, con un promedio de 29,88 una desviación estándar de 4,93. Esta diferencia podría marcar un sesgo en la investigación, pero en

este caso el objetivo es saber si existió o no cambio de la conducta independientemente de si es obeso o tiene sobrepeso. Los valores obtenidos de esta variable concuerdan con valores obtenidos en México donde la suma de la tasa de sobrepeso y obesidad, se detectó en el 77.5% de la población hipertensa, con una distribución muy homogénea en todo el país.⁸⁸

También nos demuestra que existe clara relación entre obesidad e hipertensión arterial, pues el 50% de los obesos son hipertensos⁸³⁻⁸⁴

Tabla 6. Variación del IMC luego de la intervención en ambos grupo.

<i>IMC</i>		<i>A</i>			<i>B</i>				
MEDICION BASAL		MEDICION FINAL			MEDICION BASAL		MEDICION FINAL		
X	DE	X	DE	≠	X	DE	X	DE	≠
29,93	7,47	28,71	7,61	1,22	29,8	2,93	29,8	4,91	0,3

FUENTE: Historias clínicas del HPP. ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio luego de la intervención presenta una disminución significativa de la cantidad de pacientes con sobrepeso presentando una disminución del 9,3% de pacientes, y con una disminución del promedio del IMC de 29,93 a 28,71. No se observa cambio alguno en los pacientes obesos quizá porque el tiempo en el que se realizó el estudio no fue necesario para que este cambio se haga evidente. El grupo control aunque presenta un aumento de los pacientes con sobrepeso del 1,2 aunque no es un valor tan significativo, no demuestra que sin la intervención muy difícilmente se puede observar cambios en estos pacientes en cuanto al IMC, además se observa que el número de pacientes normopeso ha disminuido e igual que el grupo estudio no se observa cambio alguno en los pacientes obesos. El valor promedio de IMC en estos pacientes se mantiene en 29.8 lo que nos confirma que no existió cambio alguno. Se deja como iniciativa el hecho de realizar en estos grupos una nueva medición en un lapso de tiempo mayor para poder saber si existe un mayor cambio observable con el tiempo. Estos resultados concuerdan con estudios como la Encuesta Nacional de Salud 2000 se ratificó a la obesidad como uno de los principales factores de riesgo para el incremento de la prevalencia de HTAS,

sobre todo en población menor de 54 años, en este estudio se observó que no hubo cambio en la prevalencia global de sobrepeso y obesidad (37%), por lo que sugiere instalar medidas más intensivas hacia la obesidad y sobrepeso en el paciente hipertenso.

85

En otro estudio realizado en algo menos de 1200 participantes. Presentaban sobrepeso, con un índice de masa corporal de 25 a 37 (media 31), y con un peso medio de 99 kg para hombres y 84 kg para mujeres. Hacían ejercicio una o dos veces por semana, nadie había sido tratado de hipertensión al inicio del estudio, ni de diabetes, enfermedad renal, o enfermedad cardiovascular. Su edad media era de 43 años. Se encontró que el grupo control de 596 pacientes incrementaron gradualmente su peso medio algo menos de 2 kg a lo largo de los 36 meses. El grupo intervención perdió una media de 4.4 kg durante los seis primeros meses, pero incrementaron gradualmente de peso de modo que a los 36 meses la media fue de solo 0.2 kg debajo del peso de partida, pero 2 kg por debajo del grupo control. Esto nos demuestra que las intervenciones si ayudan en la modificación de este factor de riesgo pero tendrá mayor impacto a largo plazo.⁸⁶ El mantenimiento del peso corporal normal disminuye 5-20 mmHg/10 Kg de reducción de peso⁸⁷

Consumo de sal

Tabla 7. Distribución de la cantidad de sal que consumen según la medición basal y final en ambos grupos.

SAL	A				B				A				B			
	MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL		MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HOPOSODICA	4	12,5%	9	13%	13	12,87%	14	43,8%	17	24,6%	31	30,69%				
NORMOSODICA	19	59,4%	41	59,4%	60	59,4%	18	56,3%	37	53,6%	55	54,45%				
HIPERSODICA	9	28,1%	19	27,5%	28	27,72%	0	0%	15	21,7%	15	14,85%				
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%				

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Se observa en la tabla en la medición basal que en el grupo estudio existe una distribución de los pacientes casi de manera homogénea en las distintas formas de consumo de sal, con mayor cantidad de pacientes con una dieta normosódica tanto en el grupo estudio como en el grupo control, en ambos coincide un porcentaje de 59,4%, teniendo en cuenta que la dieta adecuada para un paciente hipertenso es la hiposódica.

Tabla 8. Variación de la cantidad de sal que consume luego de la intervención en ambos grupo.

<i>GRUPO A</i>			<i>SAL2</i>					
<i>SAL 1</i>	<i>HIPOSODICA</i>		<i>NORMOSODICA</i>		<i>HIPERSODICA</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>HOPOSODICA</i>	1	3.1%	8	25%	0	0%	9	28.13%
<i>NORMOSODICA</i>	4	12.3%	0	0%	0	0%	4	12.5%
<i>HIPERSODICA</i>	9	28.12%	10	31.25%	0	0%	19	59.37%
TOTAL	14	43.73%	18	56.25%	0	0%	32	100%
<i>GRUPO B</i>			<i>SAL2</i>					
<i>SAL 1</i>	<i>HIPOSODICA</i>		<i>NORMOSODICA</i>		<i>HIPERSODICA</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>HOPOSODICA</i>	15	21.74%	0	0%	4	5.79%	19	27.53%
<i>NORMOSODICA</i>	0	0%	9	13.04%	0	0%	9	13.04%
<i>HIPERSODICA</i>	0	0%	8	11.59%	33	47.82%	41	59.42%
TOTAL	15	21.74%	17	24.63%	37	53.62%	69	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio luego de la intervención no presenta una disminución significativa de pacientes con dieta normosódica, pero los pacientes que tenían una dieta hipersódica luego de la intervención presentan una disminución significativa de este hábito de 28,1% de pacientes a 0%, y una aumento de pacientes con dieta hiposódica. El grupo control aunque no presenta mayor cambio se puede observar que aun sin intervención esta población ha aumentado el número de pacientes con dieta hiposódica de un 13% a un 24,6%. Esto nos puede indicar que el consumo de sal es una variable sensible de cambio y además muy importante en la

disminución de la presión arterial, como lo demuestra la bibliografía. La reducción de la presión arterial puede verse limitada por un gran aumento concomitante de la renina plasmática, la aldosterona plasmática y la noradrenalina plasmática.⁸⁸

En 1996, un metanálisis de 53 ECA demostró un efecto de -3,7 mmHg a -0,9 mmHg en personas con PA elevada y de -1,0 mmHg a -0,1 mmHg en personas con PA normal (Midgley 1996). En un metanálisis que solamente incluyó 26 ECA con una reducción del sodio de al menos 40 mmol durante más de cuatro semanas, el efecto fue de -4,2 mmHg a -2,4 mmHg en personas con PA elevada y el efecto fue de -1,6 mmHg a -0,6 mmHg en personas con PA normal (He 2000). En un análisis de ocho ECA que duraron a los menos seis meses, el efecto fue de -2,9 mmHg a -2,1 mmHg para personas con PA elevada y de -1,3 mmHg a -0,8 mmHg para personas con PA normal (Ebrahim 1998). Estos resultados se han confirmado recientemente en una actualización (Hooper 2002) y una revisión Cochrane (Hooper 2003).⁸⁹

En caucásicos con PA elevada, la reducción del sodio a corto plazo reduce la PA en alrededor del 2% al 2,5%, lo que indica que la reducción del sodio se debe recomendar como un tratamiento complementario para la hipertensión.¹⁰¹

En este estudio no realizó la medición de la relación de ingesta de sodio con niveles de presión arterial que se lo podría realizar mediante un análisis mas profundo y teniendo este como objetivo de investigación. La JNC 7 cita que reducir consumo de Sodio, no más de 2.4 g sodio ó 6 de cloruro Na, reduce 2-8 mmHg.¹⁰¹

GRASAS

Tabla 9. Distribución de la cantidad de grasas que consumen según la medición basal y final en ambos grupos.

GRASAS	A				B				A				B			
	MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL		n		%		n		%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESCASAS	10	31,3%	12	17,4%	22	21,78%	21	65,6%	27	39,1%	48	47,52%				
MODERADAS	12	37,5%	40	58%	52	51,48%	10	31,3%	30	43,5%	40	39,6%				
ABUNDANTES	10	31,3%	17	24,6%	27	26,73%	1	3,1%	12	17,4%	13	12,87%				
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%				

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

En cuanto al consumo de grasas, en la medición basal el grupo estudio presenta una distribución casi homogénea de pacientes que consume grasas de una manera escasa, moderada y abundante. En el grupo control existe un predominio por el consumo de grasas de manera moderada 58%.

En este estudio los porcentajes de pacientes con una cantidad moderada y excesiva de grasas es comparable con los que presentan sobrepeso y obesidad, esto nos da la pauta de que existe relación entre en consumo de grasas y el sobrepeso y la obesidad. Los autores citan que el incremento en la prevalencia de la obesidad que se ha observado en las últimas décadas en la mayoría de los países desarrollados, no se explica por mecanismos genéticos⁹⁰, en donde la ingesta calórica asociada a un consumo exagerado de grasas en la población adulta entre 25 y 64 años,⁹¹ lo que en conjunto desencadenan problemas de malnutrición por exceso, que a su vez se incrementa por el sedentarismo.

Tabla 10. Variación de la cantidad de grasas que consumen luego de la intervención en ambos grupo.

<i>GRUPO A</i>			<i>GRASAS 2</i>					
<i>GRASAS 1</i>	<i>ABUNDANTES</i>		<i>ESCASAS</i>		<i>MODERADAS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
ABUNDANTES	1	3.1%	3	9.37%	6	18.75%	10	31.25%
ESCASAS	0	0%	10	31.25%	0	0%	10	31.25%
MODERADAS	0	0%	18	56.25%	4	12.5%	12	37.5%
TOTAL	1	3.1%	21	65.62%	10	31.25%	32	100%
<i>GRUPO B</i>			<i>GRASAS 2</i>					
<i>GRASAS 1</i>	<i>ABUNDANTES</i>		<i>ESCASAS</i>		<i>MODERADAS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
ABUNDANTES	12	17.39%	1	1.44%	4	5.79%	17	24.63%
ESCASAS	0	0%	12	17.39%	0	0%	12	17.39%
MODERADAS	0	0%	14	20.28%	26	37.68%	40	57.97%
TOTAL	12	17.39%	27	39.13%	30	43.47%	69	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio, luego de la intervención presenta un mayor número de pacientes que han cambiado su dieta rica en grasas a una dieta con escasas grasas de un 31,3% a 65,6%, así mismo en el grupo control se vio un cambio en el consumo de grasas pero este no fue tan significativo como el intervenido. Esto variable al igual que el consumo de sal, es muy sensible al cambio y como exponen los autores, la composición de la dieta, a su vez, es el factor primordial del que depende el perfil lipídico.⁹² Se dice que el consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales disminuye 8-14 mmHg.⁷⁸

Dislipidemias

Tabla 11. Distribución de las dislipidemias según la medición basal y final en ambos grupos.

DISLIPIDEMIAS	A				B				A				B			
	MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL		MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL	
	N	%	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
HIPERTRIGLICERIDEMIA																
NO	14	43,4%	34	49,2%	48	47,52%	17	52,7%	38	55%	55	54,45%				
SI	18	55,8%	35	50,8%	53	52,47%	15	46,5%	31	45%	46	45,54%				
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%				
HIPERCOLETEROLEMIA																
NO	19	59,37%	47	68,1%	66	65,34%	25	78,1%	42	60,9%	67	66,33%				
SI	13	40,62%	22	31,8%	35	34,65%	7	21,87%	27	39,1%	34	33,66%				
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%				

FUENTE: Historia clínica del HPP.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Aquí se realizó una clasificación de los pacientes de acuerdo a los criterios establecidos por la OMS como factores que conforman del síndrome metabólico: triglicéridos (>150 mg / dl) y a las lipoproteínas de alta densidad (<40 mg / dl en los hombres, <50 mg en las mujeres), se toma en cuenta también el colesterol total (>200 mg / dl), que son los principales indicadores de si existe o no dislipidemias.⁹³

Se observa en la tabla en la medición basal que en el grupo estudio existe un 55,8% de pacientes con hipertrigliceridemia, con un promedio de 169,9 y una desviación estándar de 70,48, una moda de 73 y 40,62% de pacientes con hipercolesterolemia, con un promedio de 192.8, una desviación estándar de 41,8 y una moda de 162, la presencia de un promedio de colesterol HDL de 39,1 con una desviación estándar de 14,2 y una moda de 30. El grupo control presenta un 45% de pacientes con hipertrigliceridemia, con un promedio 148,3, una desviación estándar 49,99 de una moda de 78 y 31,8% de pacientes con hipercolesterolemia, con un promedio de 191, una desviación estándar 49,1 de y una moda de 163, y la presencia de un promedio de colesterol HDL de 41,2 con una desviación estándar de 13,3 y una moda de 38. Estos datos obtenidos en la presente investigación concuerdan con la prevalencia encontrada en varios estudios en México donde la distribución de hipertrigliceridemia fue de 25% hasta 65% y una prevalencia de hipercolesterolemia de 36.5%, con un rango de 27 a 49%.⁸⁰

También es importante realizar una comparación con los porcentajes de pacientes que mantenían una dieta rica en grasas 26,73 % de los 101 pacientes, con el porcentaje de pacientes con dislipidemias, 34,65% hipercolesterolemia y 52,47% hipertrigliceridemia de los 101 pacientes y así confirmar lo expresado por los autores, que la composición de la dieta, a su vez, es el factor primordial del que depende el perfil lipídico.

Tabla 12. Variación de las dislipidemias luego de la intervención en ambos grupo.

DISLIPIDEMIAS	A					B				
	MEDICION BASAL		MEDICION FINAL			MEDICION BASAL		MEDICION FINAL		
	X	DE	X	DE	≠	X	DE	X	DE	≠
TRIGLICERIDOS	169,9	70,48	149	53,8	<20,9	148,3	49,9	193,3	51,9	>45,3
COLESTEROL TOTAL	192,8	41,8	173	32,3	<19,8	191	49,1	149	59,9	<42
HDL	39,1	14,2	39,4	9,9	>0,3	41,2	13,3	40,1	10,25	<1,1

FUENTE: Historia clínica del HPP.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio luego de la intervención presenta una disminución significativa de las dislipidemias, presentando una disminución del 9.3% de pacientes con hipertrigliceridemia, con una disminución del promedio de 169,9 a 149, una disminución del 18,75% de pacientes con hipercolesterolemia, con una disminución del promedio de 192,8 a 173 y un aumento del HDL de un promedio de 39.1 a 39.4. Como podemos ver aunque exista una disminución de los del colesterol total, el colesterol HDL no nos muestra un aumento significativo, por lo que al igual que otras variables se tendría que medir en un lapso de tiempo más prolongado, para saber si hubo cambio objetivo.

El grupo control no presenta cambios en el perfil lipídico, aunque presenta un aumento de los triglicéridos y colesterol total y una disminución del HDL, como podemos observar en la tabla estos no son significativos, que le relaciono al igual que el grupo estudio quizá sea por el tiempo entre medición y medición. En conclusión se observa un cambio del perfil lipídico en todos los pacientes pero en el que se realizó la intervención

los resultados son mejores en menor tiempo. Los autores mencionan que la asociación dislipidemias con hipertensión y diabetes es muy alta. En todo paciente portador de obesidad e hipertensión debe tenerse en mente la alta probabilidad de que el individuo sea portador de dislipidemias, síndrome metabólico y/o diabetes mellitas e independientemente del grupo de edad, y sobre todo si hay factores de riesgo asociados es muy recomendable la búsqueda intencionada de dislipidemias.⁹⁴

Tabaco

Tabla 13. Distribución del consumo tabaco según la medición basal y final en ambos grupos.

TABACO	A		B		A		B		A		B	
	MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL		MEDICION BASAL		TOTAL BASAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EX FUMADOR	3	9,4%	5	7,2%	8	7,92%	2	6,3%	6	8,7%	8	7,92%
FUMADOR ACTIVO	5	16,6%	5	7,2%	10	9,9%	2	6,3%	4	5,8%	6	5,94%
NO FUMADOR	24	75%	59	85,5%	83	82,1%	28	87,5%	59	85,5%	87	86,13%
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%

FUENTE: Historia clínica del HPP.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Se observa en la tabla en la medición basal que en el grupo estudio y control existe un predominio de pacientes no fumadores con un 82,1% de los 101 pacientes y un 16,6% de pacientes fumadores en el grupo estudio, mientras que en el grupo control existe un 7,2% de fumadores, definiéndose a tabaquismo como todos los días o el consumo ocasional de cigarrillos, puros o pipa tabaco, criterio tomado del estudio CARMELA.

Esto no concuerda con otros estudios realizados en Chile donde se pudo observar que la frecuencia de tabaquismo supera el 55%.⁹⁵ Aquí demos tomar en cuenta que las características de población de esta investigación difieren de la de este estudio. No obstante ha sido demostrada la participación del tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular.⁹⁶

Otros autores mencionan que a la población con y sin tabaquismo, sorpresivamente, la tasa de prevalencia de dislipidemias fue similar entre sí, independientemente de la edad, género e IMC.⁷⁸

Tabla 14. Variación consumo de tabaco luego de la intervención en ambos grupo.

GRUPO A		TABACO 2							
TABACO 1	EX FUMADOR	FUMADOR ACTIVO		NO FUMADOR		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%	n	%	
EX FUMADOR	2	6.25%	0	0%	1	3.12%	3	9.37%	
FUMADOR ACTIVO	0	0%	2	6.25%	3	9.37%	5	15.62%	
NO FUMADOR	0	0%	0	0%	24	75%	24	75%	
TOTAL	2	6.25%	2	6.25%	28	87.5%	32	100%	
GRUPO B		TABACO 2							
TABACO 1	EX FUMADOR	FUMADOR ACTIVO		NO FUMADOR		TOTAL			
	N	%	n	%	n	%	n	%	
EX FUMADOR	5	7.24%	0	0%	0	0%	5	7.24%	
FUMADOR ACTIVO	1	1.44%	4	5.79%	0	0%	5	7.24%	
NO FUMADOR	0	0%	0	0%	59	85.5%	59	85.5%	
TOTAL	6	8.69%	4	5.79%	59	85.5%	69	100%	

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que en el grupo estudio hubo cambios de un 10% menos de pacientes fumadores, mientras que en el grupo control hubo un pequeño cambio de este factor de riesgo en relación al grupo intervenido de 1,4%. Con los resultados obtenidos se puede concluir que el tabaco es un factor de difícil modificación y sobretodo se necesita mayor tiempo para poder cambiarlo. Al eliminarlo se reduce considerablemente la posibilidad de padecer HTA, estimándose que el abandono del hábito con abstinencia mayor de un año disminuye el riesgo de muerte por coronariopatía al mismo nivel de los no fumadores y constituye la medida de mayor impacto potencial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de índole vascular.⁹⁷⁻⁹⁸ La probabilidad de abandonar el consumo regular de tabaco, aumenta en medida en que lo hace la edad, en los que ocurre los procesos de experimentación, y la edad de consolidación del consumo regular de tabaco.⁴⁰

Alcohol

Tabla 15. Distribución del consumo de alcohol según la medición basal y final en ambos grupos.

ALCOHOL	A		B		A		B					
	MEDICION BASAL		TOTAL BASAL		MEDICION FINAL		TOTAL FINAL					
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
SI	1	3,1%	6	8,7%	7	6,93%	0	0%	5	7,2%	5	4,95%
NO	31	96,9%	63	91,3%	94	93,06%	32	100%	64	92,8%	96	95,04%
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%

FUENTE: Historia clínica del HPP.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Podemos observar que la frecuencia de bebedores, tanto en el grupo estudio como en el grupo control es sumamente bajo. Solo el 6,93% de la población total en la medición basal consume alcohol. Al comparar con otros estudios realizados la prevalencia en estos es de 26,09% en Venezuela⁹⁹ y En estudios recientes en Cuba, se ha detectado que su prevalencia oscila entre 6% y un 8% de la población.¹⁰⁰ . Al parecer la población de esta investigación una prevalencia de alcoholismo comparable con Cuba. Pero a pesar de estos resultados los estudios epidemiológicos indican una asociación consistente entre consumo de alcohol e hipertensión.⁹⁸

La mayoría de las investigaciones revisadas sostienen que el etanol en pequeñas cantidades en general menos de 30 ml diarios ,parece proteger contra las afecciones cardiovasculares, por encima de estas cantidades ejercen efectos negativos. En el caso del enfermo hipertenso no se recomienda la ingestión de bebidas alcohólicas, debido a que la acción tóxica del alcohol determina: incremento de la actividad simpática, aumento del agua corporal total y volumen sanguíneo como resultado de los corticoesteroides y mineralocorteroïdes, excesiva ingestión de sodio a través del tipo de bebida ingerida y alteración en el transporte de calcio hacia el interior de las célula.¹⁰¹

Tabla 16. Variación del consumo de alcohol luego de la intervención en ambos grupo.

<i>GRUPO A</i>			<i>ALCOHOL 2</i>			
<i>ALCOHOL1</i>		<i>NO</i>		<i>SI</i>	<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>NO</i>	31	96.87%	0	0%	31	96.87%
<i>SI</i>	1	3.12%	0	0%	1	3.12%
TOTAL	32	100%	0	0%	32	100%
<i>GRUPO B</i>			<i>ALCOHOL 2</i>			
<i>ALCOHOL 1</i>		<i>NO</i>		<i>SI</i>	<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>NO</i>	63	91.30%	0	0%	63	91.30%
<i>SI</i>	1	1.44%	5	7.24%	6	8.69%
TOTAL	64	92.75%	5	7.24%	69	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio luego de la intervención obtuvo un 100% de pacientes que no consumen alcohol, mientras el grupo control a pesar de no ser intervenido el porcentaje de bebedores bajo un 2,5%, esto se debe quizá a que como se menciona en la bibliografía que se presenta una gran frecuencia superada, ya que el alcoholismo esta en relación con hábitos sociales inadecuados. La Moderación en consumo, limitar el consumo a no más de 2 copas (30 mL de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres de alcohol reduce 2-4 mmHg.¹⁰¹

Sedentarismo

Tabla 17. Distribución del número de pacientes sedentarios según la medición basal y final en ambos grupos.

EJERCICIO	A		B		TOTAL		A		B		TOTAL	
	MEDICION BASAL		MEDICION BASAL		MEDICION BASAL		MEDICION FINAL		MEDICION FINAL		MEDICION FINAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
SI	7	21,9%	12	17,4%	19	18,81%	24	75%	20	20,29%	44	43,56%
NO	25	78,1%	57	82,6%	82	81,18%	8	25%	49	49,71%	57	56,43%
TOTAL	32	100%	69	100%	101	100%	32	100%	69	100%	101	100%

FUENTE: Historia clínica del HPP.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Se observa en la tabla en la medición basal que en el grupo estudio existe un 78,1% de sedentarismo mientras que en el grupo control encuentra un 82,6%, definiendo a que el paciente no es sedentario si realiza más de 30 minutos de actividad física, 5 días por semana.¹⁰² Con estos valores se puede decir que este es un factor de riesgo en el que hay que enfocar las intervenciones, ya que la bibliografía menciona que existe clara relación entre obesidad e hipertensión arterial, pues el 50% de los obesos son hipertensos.⁶⁴ El estilo de vida caracterizado por hábitos sedentarios provoca un cuerpo débil, por lo que la acción del ejercicio sobre el sistema cardiovascular es doble: por una parte, actúa disminuyendo ciertos factores de riesgos, y por otra, directamente sobre el músculo cardíaco y las arterias coronarias, promueve el desarrollo de la circulación colateral, eleva niveles de colesterol HDL y disminuye el colesterol total y los triglicéridos.¹⁰³

Tabla 18. Variación del número de sedentarios luego de la intervención en ambos grupo.

<i>GRUPO A</i>			<i>EJERCICIO 2</i>			
<i>EJERCICIO 1</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>NO</i>	8	25%	17	53,12%	25	78,12%
<i>SI</i>	0	0%	7	21,87%	7	21,87%
TOTAL	8	25%	24	74,99%	32	100%
<i>GRUPO B</i>			<i>EJERCICIO 2</i>			
<i>EJERCICIO 1</i>	<i>NO</i>		<i>SI</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>NO</i>	49	71%	8	11,59%	57	82,60%
<i>SI</i>	0	0%	12	17,39%	12	17,39%
TOTAL	49	71%	20	28,98%	69	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: Tania Álvarez

Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio luego de la intervención presenta una disminución significativa del 53,5% de pacientes sedentarios mientras que el grupo control presenta solamente un 11,6% menos de pacientes sedentarios. Estos resultados posiblemente se deban a que en la intervención se proporciona a los pacientes un espacio para que pueda realizar actividad a diario. , además nos muestra que siendo un factor de riesgo tan importante, con la intervención adecuada puede modificarse de una gran manera y contribuir a mejorar su esperanza de vida. El ejercicio físico regular puede disminuir la presión sistólica y diastólica entre 5 y 7 mmHg.¹⁰⁴⁻¹⁰⁵ Según la JNC7 de 4 y 9 mmHg. Las medidas (entre ellas la educación) que promueven una alimentación sana, un peso deseable y un estilo de vida activo que incluya un programa permanente de ejercicio, han confirmado su eficacia a corto y mediano plazo, como se comprueba en el NHANES III, donde se informa de la disminución en la prevalencia de la obesidad y de la enfermedad arterial coronaria. Se ha encontrado en estudios epidemiológicos que los predictores de mayor importancia en todas las causas de mortalidad, incluyendo la tasa de morbilidad y mortalidad cardiovascular, son los niveles de actividad física realizados como parte integral del

modo de vida. Diversos estudios de intervención, que evalúan los efectos de la dieta y el ejercicio han demostrado que una pérdida de peso del 5 al 10%, con un incremento de la actividad física gastando de 1,200 kcal-semana, pueden ser suficientes para mantener un estado saludable en la población general. ²⁰

Al realizar la comparación entre ambos grupos, encontramos que 65,63% de pacientes del grupo estudio modificó significativamente sus factores de riesgo como sobrepeso, dieta inadecuada, sedentarismo visibles a corto plazo, y solo 11,6% de pacientes del grupo control presento algún cambio.

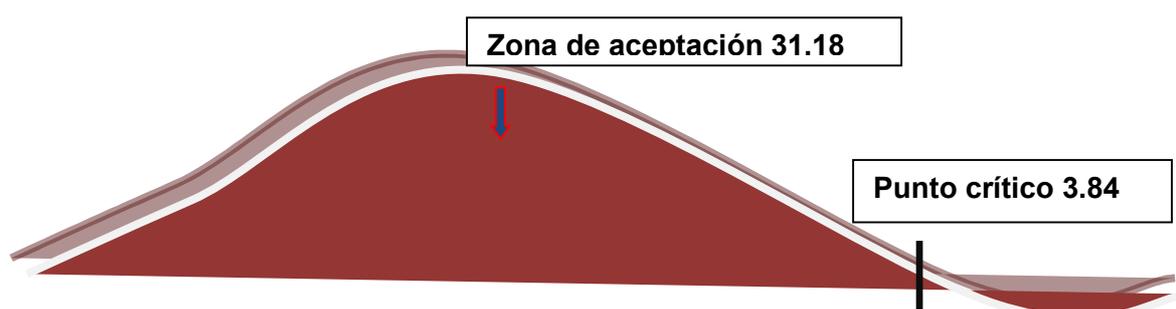
4. 5 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

Para la constatación de la hipótesis se realizó la prueba de Chi ² con un grado de libertad de 95% de confianza encontrando:

Chi ² : 31.18 p= 0.0000000 significativo

Los resultados nos muestran resultados estadísticamente significativos entre las variables de por lo que se confirma efectivamente que la aplicación del modelo transteórico de cambios conductuales en los pacientes hipertensos del grupo de apoyo del Hospital Provincial Puyo influye en la modificación de factores de riesgo.

El valor de Chi ² es mayor al valor crítico (3.84), por tanto la hipótesis se acepta.



CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Las características de los pacientes que acuden al Hospital Provincial Puyo son similares ya que son de la misma zona y sus condiciones de vida son parecidas, por lo que en términos generales la mayoría de la población es casada, tiene un nivel educativo medio y económico bajo. Este bajo nivel de instrucción explica el porque existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos de la hipertensión arterial trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento de su relevancia cambios en el modo y estilo de vida, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que esta se ha presentado.
2. Predominaron los pacientes adultos mayores, con un 54,5% estos resultados demuestran que la presión arterial aumenta paralelamente con la edad pero se comporta de forma distinta según el sexo.
3. Cerca de la mitad de los pacientes hipertensos presenta una hipertensión tensión arterial estadio I del JNC VII, 9% de los pacientes en el grupo estudio y 47,8 % en el grupo control. Existe también en esta región una mayor prevalencia de hipertensión arterial estadio II a la que citan las bibliografías donde mencionas que existe una prevalencia del 7.2% mientras que en la investigación encontramos un 19,8 % de pacientes.
4. Posterior a la en intervención en el grupo estudio hubo una disminución de la presión arterial promedio de 10mmHg/5,6mmHg sistólica y diastólica respectivamente, mientras que en el grupo control la variación es poco significativa. Dejo en manos de nuevos investigadores el realizar estudios más minuciosos acerca de las metas de disminución de la presión arterial en población específicamente hipertensa diabética, con la modificación de los factores de riesgo.

5. Se encontró que un 11,88% de pacientes en la medición basal presentan valores normales de HTA, ya que se encuentran con tratamiento antihipertensivo y nos demuestra que solo un pequeño porcentaje de la población se encuentra con control farmacológico de esta patología por lo que se mantiene la necesidad de implantar las medidas no farmacológicas o de cambios de estilo de vida en todos los pacientes con hipertensión arterial, necesiten o no tratamiento farmacológico.
6. La coexistencia de hipertensión y diabetes aumenta el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, un riesgo 2 veces mayor que una persona no diabética de presentar eventos cardiovasculares. Este estudio se confirma esta asociación ya que se encontró que más del 50% de los hipertensos eran diabéticos, además nos da una pauta para poder realizar intervenciones en este tipo de pacientes ya que un control estricto de los valores dentro de lo normal tanto de la presión arterial como de la glicemia ayudan a disminuir las complicaciones posteriores como son el apareamiento de síndromes coronarios, entre otras.
7. Al realizar la aplicación de la ficha de cambio conductuales en los pacientes hipertensos que acuden al Hospital Provincial Puyo, los factores de riesgos más hallados fueron en un alto porcentaje sobrepeso u obeso grado I, hipercolesterolemia como resultados de los exámenes de laboratorio, una dieta normosódica y rica en grasas, sedentarismo y mientras que hábitos como fumar y consumir alcohol se encontró en pocos pacientes, y se cree que por las características de la población está en relación con hábitos sociales inadecuados.
8. En la medición basal encontramos un mayor porcentaje de pacientes que se encuentran en contemplación 40,6% y solo un 9,4% de la población se encuentra en etapa de precontemplación, es decir que no muestra interés por el cambio. Al realizar la medición final los pacientes alcanzaron estar en etapas de preparación un 34,4% y acción un 37,5%, lo que no demuestra que luego de la intervención obtuvimos resultados positivos y alcanzamos el cambio de etapa. También es importante mencionar que posterior a la intervención ya no encontramos ningún paciente desinteresado por el cambio. Al contrario se obtuvo un 15,6% de pacientes que se lograron pasar a la etapa de mantenimiento de la acción,

destacando que en la medición basal ningún paciente se encontraba en esta etapa.

9. La autoeficacia encontrada aumento de la medición basal a la final, por lo que se puede concluir que la confianza generada en los pacientes luego de la intervención aumenta, aunque el resultado esperado no es tan significativo posiblemente porque el valor de la autoeficacia depende de la etapa en la que se encuentre en paciente, y la confianza que tengan en cada una de ellas varía. En un futuro se podría investigar cuál de las etapas y/o las intervenciones es la que genera mayor confianza en los pacientes.

10. Existe clara relación entre obesidad e hipertensión arterial, pues el 50% de los obesos son hipertensos, esta variable concuerdan con valores obtenidos en México donde la suma de la tasa de sobrepeso y obesidad, se detectó en el 77.5% de la población hipertensa. En cuanto al cambio conductual independientemente de si es obeso o tiene sobrepeso, el grupo estudio luego de la intervención presenta una disminución significativa de la cantidad de pacientes con sobrepeso presentando una disminución del 9,3% de pacientes, y con una disminución del promedio del IMC 29,93 a 28,71. No se observó cambio alguno en los pacientes obesos quizá porque el tiempo en el que se realizo el estudio no fue necesario para que este cambio se haga evidente. El grupo control presentó un aumento de los pacientes con sobrepeso del 1,2 aunque no es un valor tan significativo, nos demuestra que sin la intervención muy difícilmente se puede observar cambios en estos pacientes en cuanto al IMC. Se deja como iniciativa el hecho de realizar en estos grupos una nueva medición en un lapso de tiempo mayor para poder saber si existe un mayor cambio observable con el tiempo. Estos resultados concuerdan con estudios como la Encuesta Nacional de Salud 2000, en este estudio se observó que no hubo cambio en la prevalencia global de sobrepeso y obesidad, por lo que sugiere instalar medidas más intensivas hacia la obesidad y sobrepeso en el paciente hipertenso.

11. La mayor parte de la población hipertensa de este estudio consumen una dieta normosódica 59,4%. Luego de la intervención hubo un impacto en los pacientes

con una dieta hipersódica ya que luego de la intervención ningún paciente tenía este hábito, y el porcentaje de pacientes con dieta hiposódica había aumentado no solo en el grupo intervenido sino también en el grupo control. Esto nos puede indicar que el consumo de sal es una variable sensible de cambio y además muy importante en la disminución de la presión arterial, como lo demuestra la bibliografía. La JNC 7 cita que reducir consumo de Sodio, no más de 2.4 g sodio ó 6 de cloruro Na, reduce 2-8 mmHg, lo que indica que la reducción del sodio se debe recomendar como un tratamiento complementario para la hipertensión.

12. Aunque la mayoría de pacientes tiene una dieta con una cantidad moderada de grasas, luego de la intervención el grupo estudio presentó una disminución significativa de pacientes que consumían una dieta rica en grasas de un 31,3% a 3,1%. En este estudio los porcentajes de pacientes con una cantidad moderada y excesiva de grasas es comparable con los que presentan sobrepeso y obesidad, esto nos da la pauta de que existe relación entre el consumo de grasas y el sobrepeso y la obesidad. Así mismo desencadenan problemas de malnutrición por exceso, que a su vez se incrementa por el sedentarismo y este tipo de dieta el factor primordial del que depende el perfil lipídico. Esta variable al igual que el consumo de sal, es muy sensible al cambio.
13. Al realizar una clasificación de los pacientes de acuerdo a los criterios establecidos por la OMS como indicadores de dislipidemias, se pudo observar que posterior a la intervención hubo una disminución significativa de las dislipidemias, pero aunque exista una disminución de los del colesterol total, el colesterol HDL no nos muestra un aumento significativo, por lo que al igual que otras variables se tendría que medir en un lapso de tiempo más prolongado, para saber si hubo cambio objetivo. En el grupo control no se presentó cambios en el perfil lipídico. En conclusión se observa un cambio del perfil lipídico en todos los pacientes pero en el que se realizó la intervención los resultados son mejores en menor tiempo.
14. Al realizar una comparación con los porcentajes de pacientes que mantenían una dieta rica en grasas 26,73 % de los 101 pacientes, con el porcentaje de pacientes

con dislipidemias, 34,65% hipercolesterolemia y 52,47% hipertrigliceridemia de los 101 pacientes se puede confirmar lo expresado por los autores, que la composición de la dieta, a su vez, es el factor primordial del que depende el perfil lipídico, por lo que en todo paciente portador de obesidad e hipertensión debe tenerse en mente la alta probabilidad de que el individuo sea posea dislipidemias, síndrome metabólico y/o diabetes mellitas e independientemente del grupo de edad, y sobre todo si hay factores de riesgo asociados es muy recomendable la búsqueda intencionada de dislipidemias.

15. En nuestra población estudio existe una baja prevalencia de consumo de tabaco, no obstante ha sido demostrada la participación del tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular. Otros autores mencionan que a la población con y sin tabaquismo, sorpresivamente, la tasa de prevalencia de dislipidemias fue similar entre sí, independientemente de la edad, género e IMC, datos que han podido ser demostrados en este estudio.

16. Posterior a la intervención se obtuvo un 10% menos de pacientes fumadores, mientras que en el grupo control hubo un 1,4%. Con los resultados obtenidos en la intervención se puede concluir que el tabaco es un factor de difícil modificación y sobretodo se necesita mayor tiempo para poder cambiarlo. Al eliminarlo se reduce considerablemente la posibilidad de padecer HTA, estimándose que el abandono del hábito con abstinencia mayor de un año disminuye el riesgo de muerte por coronariopatía al mismo nivel de los no fumadores y constituye la medida de mayor impacto potencial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad de índole vascular. La probabilidad de abandonar el consumo regular de tabaco, aumenta en medida en que lo hace la edad, en los que ocurre los procesos de experimentación, y la edad de consolidación del consumo regular de tabaco.

17. Al igual que el consumo de tabaco la frecuencia de bebedores, tanto en el grupo estudio como en el grupo control es sumamente bajo. Solo el 6,93% % la población total consume alcohol, datos que no son comparable con otros estudios realizados, donde posiblemente estas diferencias se deban a las

diferentes características de la población. A pesar de estos resultados los estudios epidemiológicos indican una asociación consistente entre consumo de alcohol.

18. La intervención en este factor de riesgo obtuvo un 100% de pacientes que no consumen alcohol en el grupo estudio y solo un 2,5% de bebedores en el grupo control, esto se debe quizá a que como se menciona en la bibliografía que se presenta una gran frecuencia superada, ya que el alcoholismo esta en relación con hábitos sociales inadecuados.

19. El sedentarismo fue un factor de riesgo que se lo encontró en la mayoría de la población tanto en el grupo estudio como en el grupo control, 78,1% y 82,6% respectivamente definiendo a que el paciente no es sedentario si realiza mas de 30 minutos de actividad física, 5 días por semana . Al realizar la medición final se observa que el grupo estudio luego de la intervención presenta una disminución significativa del 53,5% de pacientes sedentarios mientras que el grupo control presenta solamente un 11,6% menos de pacientes sedentarios. Estos resultados posiblemente se deban a que en la intervención se proporciona a los pacientes un espacio para que pueda realizar actividad a diario, además nos muestra que siendo un factor de riesgo tan importante, en este deberíamos enfocar las intervenciones con medidas (entre ellas la educación) que promuevan una alimentación sana, un peso deseable y un estilo de vida activo que incluya un programa permanente de ejercicio, ya que los predictores de mayor importancia en todas las causas de mortalidad, incluyendo la tasa de morbilidad y mortalidad cardiovascular, son los niveles de actividad física realizados como parte integral del modo de vida.

20. Como conclusión final podemos decir que al promover un ambiente diferente para que los pacientes sientan libertad de abarcar sentimientos o temas que les sea difícil o imposible practicar en otro contexto, se han obtenido valiosos resultados teniendo en algunos factores de riesgo como sobrepeso, dieta inadecuada, sedentarismo cambios visibles a corto plazo y aun en factores en los que se necesita mayor tiempo para poder modificarlos, se obtuvo un pequeño cambio aunque no significativo, pero indica que los pacientes en los cuales se

realiza intervenciones como la realizada en esta investigación ya existe un estímulo al cambio que quizá con el tiempo este proporcione mayores resultados , el modelo transteórico debe ser usado en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamiento saludables como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se deja como iniciativa el hecho de realizar en estos grupos una nueva medición en un intervalo mayor de tiempo, para así poder saber si existen mayores cambios observables en el tiempo.
2. Se debería profundizar este tipo de estudios en la población diabética hipertensa ya que existe una interacción bidireccional y reitera la necesidad de profundizar en el conocimiento de los mecanismos esenciales que vinculan a ambas entidades.
3. En este estudio no se realizó la medición de la relación de ingesta de sodio con niveles de presión arterial que se lo podría realizar mediante un análisis más profundo y teniendo a este como objetivo de investigación.
4. Recomendamos a los médicos encargados del seguimiento de estos pacientes brindar un espacio diferente a este tipo de pacientes, para poder generar confianza en ellos, así como una mayor indicación de los exámenes complementarios con el objetivo de tener una mejor detección de los factores de riesgos presentes en estos pacientes.
5. También se podría recomendar a los lectores de este trabajo que piensen que existe un amplio espectro teórico conceptual y técnico útil para promover comportamientos humanos con efectos en la salud, y que se mantiene como un objeto permanente de revisión, validación de terreno y discusión de contextos científicos, por lo que el modelo transteórico de cambios conductuales es aun un método que en el campo de pacientes hipertensos deja un amplio camino a futuras investigaciones.

CAPITULO VI

6. PROPUESTA

Título: Aplicación del “modelo transteórico de cambios conductuales”, en pacientes diabéticos e hipertensos, en primera consulta en servicio de medicina interna del HPP para que sean derivados al grupo de apoyo.

6.1 DATOS INFORMATIVOS:

INSTITUCIÓN EJECUTORA: Hospital Provincial Puyo, Servicio de Medicina Interna.

DISEÑO DEL PROYECTO: Tania Fabiola Álvarez Bayas

BENEFICIARIOS DIRECTOS: Pacientes Hospital Provincial Puyo y del grupo de apoyo.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS: Familia y comunidad.

ENTIDAD RESPONSABLE: Hospital Provincial Puyo.

UBICACIÓN: Puyo, Pastaza.

TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN: 1 año

EQUIPO TECNICO RESPONSABLE: Jefe del Servicio de Medicina Interna e investigadora.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

De acuerdo a esta investigación, el problema que existe en el Hospital Provincial Puyo se asimila a la realidad nacional, la base de datos recolectados de los pacientes Hipertensos y Diabéticos, nos muestra que las características de los pacientes que acuden al Hospital Provincial Puyo son similares ya que son de la misma zona y sus condiciones de vida son parecidas, por lo que en términos generales presentan un nivel socioeconómico bajo y más del 50% presentan una presión arterial estadio I, y se encontró pequeño porcentaje de pacientes con una tensión arterial normal, ya que se encuentran con tratamiento antihipertensivo. Esto nos demuestra que solo un pequeño porcentaje de la población se encuentra con control farmacológico de esta patología por

lo que se mantiene la necesidad de implantar las medidas no farmacológicas o de cambios de estilo de vida en todos los pacientes con hipertensión arterial, necesiten o no tratamiento farmacológico. El objetivo de esta investigación fue saber cuál es la influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de HTA en los pacientes hipertensos que acuden al Hospital Provincial Puyo, el cual se lo realizó a través de la aplicación de la ficha de cambio conductuales y el manejo establecido por este modelo en el momento de la entrevista y en el grupo de apoyo, en un periodo de tres meses, con la cual se encontró que los factores de riesgos más comunes fueron en un alto porcentaje sobrepeso u obeso grado I, hipercolesterolemia como resultados de los exámenes de laboratorio, una dieta normosódica y rica en grasas, y sedentarismo. Las etapas de cambio conductual nos mostraron que solo un 9,4% de la población se encontraba en etapa de precontemplación, es decir que no muestra interés por el cambio, pero un mayor porcentaje de pacientes que se encuentran en contemplación 40,6%. Posterior a la intervención los pacientes alcanzaron estar en etapas de preparación y acción, y ya no encontramos ningún paciente desinteresado por el cambio. Al medir la autoeficacia en los pacientes se encontró que la confianza generada en los pacientes luego de la intervención aumentó, esto nos demuestra que luego de la intervención obtuvimos resultados positivos y alcanzamos el cambio de etapa. Como conclusión final podemos decir que al promover un ambiente diferente para que los pacientes sientan libertad de abarcar sentimientos o temas que les sea difícil o imposible practicar en otro contexto, se han obtenido valiosos resultados teniendo en algunos factores de riesgo como sobrepeso, dieta inadecuada, sedentarismo cambios visibles a corto plazo y aun en factores en los que se necesita mayor tiempo para poder modificarlos, se obtuvo un pequeño cambio aunque no significativo, pero indica que los pacientes en los cuales se realiza intervenciones como la realizada en esta investigación ya existe un estímulo al cambio que quizá con el tiempo este proporcione mayores resultados, el modelo transteórico debe ser usado en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamiento saludables como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares.

6.3. JUSTIFICACIÓN

En la Amazonía la tasa de incidencia fue de 806 personas por cada 100.000 habitantes en el año 2009. El problema en HPP se asimila a la realidad nacional según la base de datos recolectados de los pacientes Hipertensos y Diabéticos, los cuales en un alto

número encontramos más en la zona Urbana dentro de la cual se encuentra EL HPP. Aquí asisten pacientes que no son atendidos de forma oportuna, no mantienen un tratamiento integral y acuden de vez en cuando a su control por lo que es importante establecer un manejo de tratamiento integral adecuado, continuo a los pacientes que padecen de Diabetes e Hipertensión que asisten al HPP, ya que este grupo de enfermedades están relacionadas con un conjunto de factores de riesgo, comunes a la mayoría de ellas y que se las considera modificables y prevenibles como es el caso de la obesidad y sobrepeso, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol. Por esta razón la propuesta pretende introducir al modelo transteórico de cambios conductuales como una herramienta que permita resolver los problemas derivados de las condiciones crónicas con calidad, eficiencia y eficacia dentro del enfoque de atención primaria y cobertura universal mejorando su calidad atención y su calidad de vida.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 GENERAL

- Implementación de instrumentos de control para la modificación de factores de riesgo de HTA.

6.4.2 ESPECIFICOS

- Aplicar la ficha de control de cambio conductual y la conserjería correspondiente al inicio de su tratamiento en la unidad operativa a pacientes hipertensos y diabéticos.
- Proveer retroalimentación cada 3 meses con los resultados obtenidos a pacientes hipertensos y diabéticos.
- Evaluar después de 1 año de seguimiento a los pacientes diabéticos e hipertensos que se les aplico la ficha si han modificado sus factores de riesgo identificados en su HCL inicial.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

- Es factible debido a que en el HPP se encuentra una alta prevalencia de pacientes diabéticos e hipertensos, razón por la cual el número de pacientes necesarios para la investigación podrá ser recogido en un mes, además cuenta

con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para brindar la educación y capacitación a los pacientes, ya que aquí se encuentra el grupo de apoyo del HPP, lugar donde se realizan estas actividades. Existe un gran apoyo por parte de las autoridades del HPP, ya que tienen gran interés por el mejoramiento de la calidad de atención a los pacientes, así como el apoyo del servicio de medicina interna de su líder el Dr. Edwin Mora y la Lic. Yolanda Santacruz educadora de pacientes diabéticos, quienes fueron los creadores del grupo de apoyo en el HPP. El presupuesto necesario está dado con el apoyo del HPP, que brinda los recursos humanos y materiales necesarios y la técnica a emplearse en la primera consulta de los pacientes es básicamente la ficha de cambios conductuales que tiene un bajo costo y que las autoridades del HPP están dispuestas a incluir en su presupuesto. En cuanto al marco legal se ha tomado en cuenta a la LEY ORGANICA DE SALUD (Ley No. 2006-67)⁴²; la cual en la prevención y control de enfermedades no transmisibles, establece:

- Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas – degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.
- Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.
- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.
- Su aplicación no afecta al medio ambiente, por lo que es factible en este campo.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA – TÉCNICA

Un estudio ejecutado por James o. Prochaska En el año 1979 en estados unidos de America, tuvo como meta sistematizar el campo de la psicoterapia de las dependencias, según este autor y en ese entonces, fragmentado en mas de 300 propuestas teóricas. El modelo transteórico fue el producto central del análisis comparativo de veintinueve e las

teorías relevantes y disponibles a fines de los años setenta para explicar cambios en el comportamiento de dependientes de drogas y consumidores de cigarrillo. El modelo derivó su nombre de la integración de los principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados.¹⁰⁶

Otros análisis posteriores de teorías y modelos del comportamiento humano, así como observaciones del cambio espontáneo e inducido del comportamiento de consumidores de tabaco y validaciones empíricas de propuestas de intervención para facilitar el abandono del consumo de sustancias generadoras de dependencia, fueron reportados como evidencias de conclusiones preliminares sobre la naturaleza de las etapas y los procesos que subyacen al campo comportamental. Estos reportes preliminares de la aplicación en la práctica del modelo transteórico fueron los primeros esfuerzos por aislar y describir con mayor precisión los componentes y etapas básicas del aun parcialmente desconocido proceso de cambio de este comportamiento de riesgo para la salud.¹⁰⁷

A mediados de los años ochenta, nuevos avances en la teoría y práctica generados por diversos grupos de investigación con intereses en la aplicación de modelos explicativos del comportamiento del consumo de tabaco y de los comportamientos relacionados con la salud, llevaron a la incorporación en el modelo transteórico de los constructos de autoeficacia, tentación y balance decisorio. Esto ocurrió para reforzar la capacidad de las etapas y procesos de cambio para evaluar y predecir los cambios espontáneos e inducidos en el comportamiento de consumo de cigarrillo.

En los primeros años de los noventa, en Estados Unidos de América y algunos países de Europa, el modelo transteórico fue progresivamente incorporado en las investigaciones e intervenciones de un amplio número de comportamientos ya reconocidos como riesgo para la salud.¹⁰⁷

Diversas publicaciones reconocían la capacidad del modelo para describir y explicar las distintas etapas que son comunes a la mayoría de procesos de cambio comportamental.

57

Recientemente el modelo transteórico es usado en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamiento saludables como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares.⁵¹⁻⁵⁷

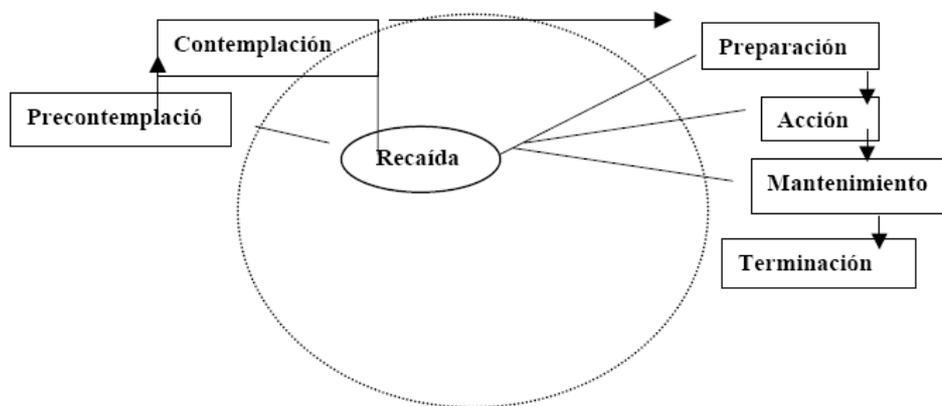
El modelo transteórico esta fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio. Las premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del modelo transteórico indican que:⁵¹

- Ninguna teoría o modelo responde totalmente por la complejidad explicativa del cambio comportamental
- El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas
- Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.
- La mayoría de las poblaciones de riesgo no están preparadas para actuar y, por eso, no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales.
- Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos.
- La prevención de salud, la educación y la promoción de salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción.
- Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio, las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo e individuo.
- Los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol.
- Las intervenciones requieren evolucionar de un reclutamiento reactivo de participantes a un proactivo.

- El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

6.6.1 Variables del Modelo Transteórico

El modelo transteórico explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia.⁵⁷



Representación de las etapas del cambio del MT

Fuente: Fuente: Revista de la Facultad de Salud Publica, Año 2002/Vol. 19, número 002.

6.6. 1.1 Etapas de cambio⁴⁸

6.6.1.1.1 Precontemplación.

En este estadio los pacientes no se plantean modificar su conducta ya que no son consciente (o lo son mínimamente), de que dicha conducta representa un problema. No se trata pues, de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema, por lo que no acuden a tratamiento o si lo hacen es presionado por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones.

6.6.1.1.2 Contemplación.

En este estadio los pacientes son conscientes de que existe un problema considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud ante la enfermedad es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información.

6.6.1.1.3 Preparación.

Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el paciente toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta, así como por ser la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales aunque dichos cambios no cumplan el criterio para considerar que se encuentra en la fase de actuación.

6.6.1.1.4 Acción.

Se trata de la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda especializada, su conducta y el estilo de vida asociado con el objetivo de manejar adecuadamente su enfermedad. Esta etapa requiere un compromiso importante, además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.

6.6.1.1.5 Mantenimiento.

En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el compartimiento problemático, por lo que no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo.

Hasta aquí, los estadios propuestos por el modelo, pero su carácter cíclico, constatado en la dificultad existente para poder realizar un curso único por estos estadios, precisa la descripción de dos momentos importantes en el ciclo del cambio.

6.6.1.1.6 Recaída.

La recaída ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia

estadios previos, frecuentemente al de contemplación o al de preparación, y en el peor de los casos al de precontemplación.

6.6.1.1.7 Finalización.

Si se consiguen estabilizar los cambios conductuales mas allá de la fase de mantenimiento se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la no existencia de tentaciones a través de todas las situaciones problema, es decir, la extinción absoluta de la conducta sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento.

6.6.1.2 Procesos de Cambio

Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que la personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de la intervenciones promotoras de salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales de los individuos. Son el elemento básico del modelo transteórico para ser aplicado en el diseño de programas e intervenciones promotoras de salud con impactos comportamentales directos e indirectos, puesto que catalizan las transiciones de una etapa a otra cualquiera en la secuencia.⁵⁷

6.6.1.3 Balance decisorio

Refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. La investigación acumulada respecto de este constructo permitió la simplificación de la dimensiones del balance decisorio en pros o beneficios y contras o costos de cambiar.⁵⁷

6.6.1.4 Autoeficacia

Es la confianza que una persona tiene de que puede enfrenta una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para l salud. Este componente del modelo transteórico es incorporado específicamente de la teoría cognitivo social de Alberto Bandura. En el proceso de cambio, la autoeficacia resulto se

un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen.⁵¹

6.6.1.5 Tentación

La tentación refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos.⁵⁷

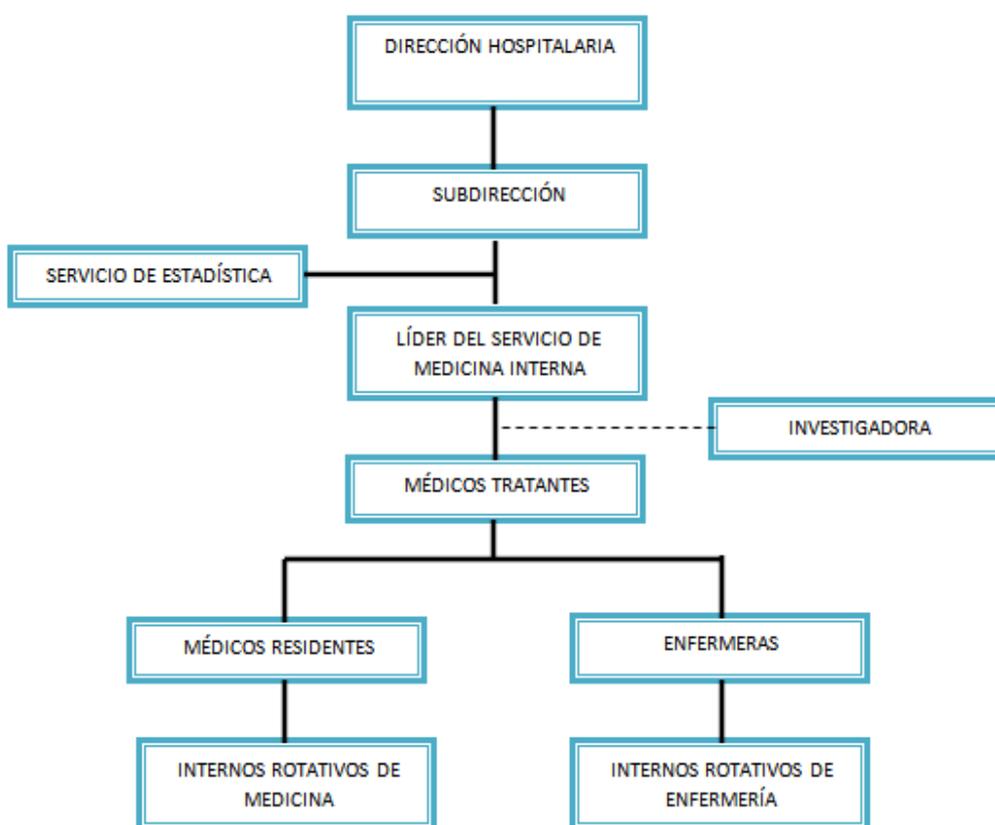
6.7 MODELO OPERATIVO

Fase de Planificación	Metas	Actividades	Resultados	Costo	Tiempo
Diseño de Proyecto Diseño de Instrumento. Creación de base de datos Presentación de Plan Autorización de Plan	Cumplimiento del 100% en junio	Autorización de realización del proyecto en el HPP. Autorización por parte del Servicio de Medicina Interna para aplicación de ficha de cambios conductuales. Creación de base de datos para registrar datos de la HCL de todos los pacientes que se aplicara la ficha de cambios conductuales.	Instrumento aprobado y autorizado para su utilización. Base de datos instaurada	50 dólares	1 mes
Fase de Ejecución	Metas	Actividades	Resultados		Tiempo
Capacitación al personal de salud del Servicio de Medicina Interna. Aplicación del la ficha de cambios conductuales y derivación a los pacientes al grupo de apoyo ACCIONES EN FASE DE: Precontemplación Contemplación Preparación Acción	100 % del personal conoce y aplica 100% de pacientes intervenidos y capacitados para el cambio	Capacitación al personal de salud del Servicio de Medicina Interna de cómo aplicar la ficha de cambios conductuales. Reconocimiento de la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente para planificar su intervención. 1. Asesorar ampliamente al paciente y su familia. 2. Orientar al paciente y su familia en relación al programa de tratamiento. 3. Comprometer al paciente en una relación terapéutica con el médico a través de una entrevista motivacional, análisis funcional y técnicas apropiadas para propiciar la disponibilidad para el cambio. 4. Evaluar actual disponibilidad para cambiar de etapa. 1. Alcanzar una decisión conjunta para cambiar la conducta 1. Desarrollar un plan individual de tratamiento. 2. Invitación formal a la familia y los pares a ser parte del plan de tratamiento del paciente. 1. Introducir iniciación de prevención de recaídas durante las sesiones individuales.	Médicos que aplican la ficha de cambios conductuales y derivan a estos pacientes al grupo de apoyo. Paciente que evoluciona por las diferentes etapas de cambio para modificar su conducta frente a un factor de riesgo	300 dólares por mes	3 meses

Mantenimiento		<p>2. Introducir actividades útiles de recreación vocacionales y educativas</p> <p>3. Iniciar contrato familiar de contingencia.</p> <p>1. Introducir mantenimiento de prevención de recaídas durante sesiones individuales</p> <p>2. Continuación con actividades prosociales.</p>			
Fase de evaluación	Metas	Actividades	Resultados		Tiempo
<p>Aplicar la ficha de cambios conductuales</p> <p>Revisión de datos de la historia clínica</p> <p>Taller</p>	<p>100% de pacientes con modificación de sus factores d riesgo de HTA.</p>	<p>Aplicar la ficha de cambios conductuales a los pacientes intervenidos inicialmente</p> <p>Clasificar en que etapa de cambio se encuentran</p> <p>Medir si hubo o no cambio, mediante el análisis de las etapas y los datos de la historia clínica de sus factores de riesgo</p> <p>Talles para que los pacientes del grupo de poyo expresen si las actividades realizadas son adecuadas o no para incentivar un cambio.</p>	<p>Modificación de os factores de riesgo de HTA en los pacientes intervenidos.</p>	<p>50 dólares</p>	<p>Trimestral y final al año.</p>

6.8. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta tendrá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara previa realización de la propuesta para que esta pueda ser aplicada, quedando estructurada de la siguiente manera:



6.9. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Se realizara una evaluación trimestral a cada paciente aplicando la ficha de cambios conductuales, monitorizando los datos iniciales de la historia clínica como tensión arterial, medidas antropométricas, perfil lipídico, y datos acerca de sus hábitos para realizar una comparación y saber si existe cambios de los factores de riesgo de HTA con las actividades de intervención propuestas, y plantear si se necesita alguna modificación en el plan de actividades. Se realizara talleres grupales para escuchar a los pacientes sobre sus experiencias en el proceso y sus recomendaciones. Esto se realizara con el apoyo del servicio de medicina interna y

el personal que maneja el grupo de apoyo. Al finalizar el año se podrá analizar y saber si se obtuvo los resultados esperados y si es necesario seguir aplicando este plan a este grupo de pacientes o si se debe pasar a otra etapa de intervención.

Anexos

Anexo 1

FICHA CONTROL CAMBIO CONDUCTUAL:

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO PLANIFICADO:

ETAPAS:

Precontemplación (NO LO HARE)	<input type="checkbox"/>
Contemplación (PODRIA HACERLO)	<input type="checkbox"/>
Preparación (LO HARE)	<input type="checkbox"/>
Acción (LO ESTOY HACIENDO)	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento (LO HAGO)	<input type="checkbox"/>

Autoeficacia. Cuando Confía en que será capaz de.....
.....
.....

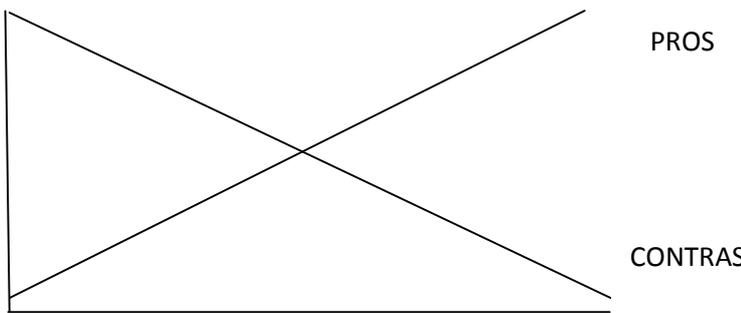
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

EQUILIBRIO DECISIONAL

LISTADO DE CONTRAS

LISTADO DE PROS.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



PRECONT. CONT. PREP. ACCION MANT.

PROCESOS DE CAMBIO:

1. AUMENTO DE LA CONSCIENCIA (Información beneficios Folleto)
2. ALIVIO ESPECTACULAR (Video. Hablar con Par. Escuchar sin Juzgar)
3. RELACIONES DE APOYO (Generar Confianza). Estar disponible cuando sea necesario.
.....
4. REEVALUACION PERSONAL (Enumere Pros-Contras. Ayude con Pros).....
5. REEVALUACION DEL ENTORNO (Como afecta este cambio al entorno)
.....
6. AUTOLIBERACIÓN (Objetivo, Compromiso, Contrato).....
7. LIBERACIÓN SOCIAL (Ayuda en la comunidad para su nueva conducta)
.....
8. CONTRO DE ESTIMULOS (Identificar causas de recaídas y evitarlas)
9. CONTRACONDICIONAMIENTO (Sustituir desencadenantes antiguos por uno nuevo)
.....
10. CONTROL DE REFUERZO (Incorporar recompensas. Encontrar nuevas razones para continuar.)

PROCESOS



ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA III SEMINARIO DE GRADUACIÓN



TEMA: Influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de HTA en el adulto en el grupo de apoyo de diabéticos e hipertensos de Pastaza.

OBJETIVO: Establecer la influencia de los grupos de apoyo mutuo en la modificación de los factores de riesgo de HTA en el adulto en el Grupo de Apoyo de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza.

DATOS DE IDENTIFICACION

1. Sexo
 1. Masculino
 2. Femenino
2. ¿Qué edad tiene (en años cumplidos)? _____
3. ¿Está usted...?
 1. Soltero/a
 2. Casado/a
 3. Unión libre
 4. Otro(especifique): _____
4. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
 1. Primaria incompleta
 2. Primaria completa
 3. Secundaria incompleta
 4. Secundaria completa
 5. Superior
5. ¿Cuál es su situación laboral?
 1. Empleado/a
 2. Trabaja por cuenta propia
 3. Desempleado/a
6. ¿Cómo describiría usted la situación actual de su familia?
 1. Muy pobre
 2. Pobre
 3. Intermedia
 4. Acomodada
 5. Rica

CUESTIONARIO

ACTITUDES Y PRÁCTICAS VINCULADAS A LOS ESTILIOS DE VIDA

1. Por favor diga qué tipos de sal se compran o se usan en su casa
 1. Sal refinada
 2. Sal en grano
 3. Sal molida
 4. Sal dietética
 5. Otra (esp.) _____
2. ¿Qué usos le da a esa sal?
 1. Para cocinar
 2. Para preparar carne
 3. Para agregársela a comidas ya preparadas / aderezar ensaladas, etc.
 4. Para dársela a los animales
 5. Otra (esp.) _____
3. ¿Qué cantidad de esa sal compra al mes? _____
4. ¿Cree usted que su familia podría estar dispuesta a cambiar la cantidad de sal que usa?
 1. Sí
 2. No
5. ¿Ha escuchado usted hablar de sal dietética?
 1. Sí
 2. No
6. Las clases de sal que usted utiliza en su casa, ¿son dietéticas?
 1. Todas sabe
 2. Algunas
 3. Ninguna
 4. No
7. ¿Considera usted que tiene alguna importancia utilizar la sal dietética en su casa?
 1. SI
 2. NO
 3. Ninguna
 4. No sabe

8. ¿Dónde o con quién se informa usted sobre la nutrición adecuada y alimentos saludables para su familia?
1. En televisión 2. En radio 3. En periódicos y/o revistas 4. En su centro de salud
5. Médico/a 6. Enfermera 7. De promotores/as de salud 8. En tiendas
9. De sus familiares y amigos/as 10. Otro (esp.) _____
9. ¿Usted consume alcohol?
1. Si 2. No
- Si responde si: con que frecuencia.....
- Desde hace que tiempo.....
10. ¿Usted fuma?
1. Si No
- Si responde si: cuantos cigarrillos al día o semana.....
- Desde hace que tiempo.....
11. ¿Realiza ejercicio físico?
1. Si No
- Si responde si: con que frecuencia.....
- Desde cuando.....
12. ¿Que hace Vd. con la grasa visible cuándo come carne?
1. La quita toda 2. Quita la mayoría 3. Quita un poco 4. No quita nada
13. ¿Cada cuánto tiempo come comidas fritas fuera o dentro de casa ?
- A diario - 4-6 veces por semana -1-3 veces por semana -menos de una vez por semana
14. ¿Qué clase de grasa o aceite usa para cocinar?
1. Manteca/mantequilla 2. Margarina 3. Aceite de oliva 4. Otros aceites vegetales
15. Le añadió usted azúcar o sacarina a algún plato o bebida?
1. SI 2. NO
16. Le añadió usted aceite o mantequilla a algún alimento?
1. SI 2. NO
17. Con qué bebidas acompaña cada comida?
1. Agua 2. Jugos naturales 3. Colas 4. Otros(especifique)_____

Hemos concluido. Muchas gracias por su cooperación.

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN**



TEMA: Influencia de los grupos de apoyo en la modificación de los factores de riesgo de HTA en el adulto en el grupo de apoyo de diabéticos e hipertensos de Pastaza.

OBJETIVO: Establecer la influencia de los grupos de apoyo mutuo en la modificación de los factores de riesgo de HTA en el adulto en el Grupo de Apoyo de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICAS

NPCT	EDAD	SEXO	HTA	DM	TAS	TAD	PESO	TALLA	IMC	CINTURA ABDOMINAL	COLESTEROL TOTAL	TRIGLICERIDOS	HDL	LDL

ANEXOS 4

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
SEMINARIO DE GRADUACION**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado/a Participante:

Estamos realizando un estudio que busca conocer los estilos de vida en nuestros pacientes hipertensos.

Le pedimos ayudarnos a completar el siguiente cuestionario, lo cual le tomará unos 10 minutos. Le aseguramos que toda la información que nos dé será manejada de manera anónima, confidencial, y sólo como grupo, nunca individual. No tiene que dar su nombre ni señas que le identifiquen.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria.

Usted no está obligado/a a contestar el cuestionario, y tiene derecho a retirarse cuando lo desee. Si decide ayudarnos, le pedimos responder con la mayor sinceridad a cada una de las preguntas.

Si acepta participar en el estudio bajo estas condiciones, por favor, **coloque la fecha y su firma** en la línea señalada más abajo, para otorgar su consentimiento informado. Esto indica que ha decidido ser voluntario/a en el estudio, y que conoce sus derechos y el objetivo del mismo.

Fecha _____

Firma _____

ANEXO 5

Factores de riesgo para hipertensión arterial

FACTOR DE RIESGO	RELACIÓN CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES (NO PREVENIBLES)	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.
GÉNERO	La HTA y la ECV hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. La EC y la ECV de tipo arteriosclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres.
ORIGEN ÉTNICO	La HTA es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos.
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, influye definitivamente en la presencia de enfermedad cardiovascular.
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3 millones de personas en el mundo y ocasiona 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD en 0,5 mmHg. Se ha demostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6,6 mmHg y PAD de 4,7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. El consumo de grasas, especialmente saturadas, de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
PSICOLÓGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado con el estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos corporales rápidos).
FACTORES METABÓLICOS	
SOBREPESO Y OBESIDAD	El sobrepeso (IMC > de 25) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > de 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg de aumento de peso la PAS aumenta de 2 a 3 mm Hg y PAD de 1 a 3 mm Hg. El perímetro abdominal ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 90 cm en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia.
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.
DIABETES MELLITUS	La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además, conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Intervenciones en el estilo de vida para reducir la presión arterial

Intervención	Recomendación	Reducción PAS
Reducción de peso	Mantener el peso deseable IMC (18,5 a 25 kg/m ²)	5 a 10 mm Hg por 10 Kg reducidos
Dieta DASH*	Dieta rica en fibra (frutas y verduras), baja en grasa especialmente saturada y en azúcares, y alta en potasio.	8 a 14 mm Hg
Restricción ingesta de sodio	< 100 mmol/día (< 2,4 g sodio o < 6 g de sal)	2 a 8 mm Hg
Actividad física	Ejercicio aeróbico regular (caminar rápido la mayoría de días de la semana, al menos 30 minutos)	4 a 9 mm Hg

Adaptado de: Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, Sever PS et al. British Hypertension Society. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. BMJ 2004; 328: 634-40 (24).

BIBLIOGRAFIA

¹ **CAMPO C.** Angiotensina II e hiperactividad simpaticé en el riesgo cardiovascular ligado a Hipertensión. Medicina general.2001; Diciembre (29): 1005-1006.

² **HERNÁNDEZ P.** Crisis hipertensivas. Monocardio 2003; 4 (v): 250-261.

³ **DÁVILA E.** Anestesia y enfermedades asociadas En: Dávila Cabo de Villa E, Gómez Brito C, Álvarez Barzaga M, Sainz Cabrera H, Molina Lois M. Anestesiología clínica. Rodas: Damují, 2001.p.2001.71-99.

⁴ **BULLETIN OF THE WORLD HEALT ORGANIZATION.** Gidelines set new definitions update treatment for hypertension. The International Journal of Public Healt 2001, 77; 3:293-294.

⁵ **BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO No52 MSP, 2009.**

⁶ **JNC VII.** The Seventh Report of the Joint National Comtmteion. Prevención. Aramu Chahansen.at al Jawa; 289.p:2560-2572. 2003. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/830/4/Caracterizacion-de-los-factores-de-riesgo-de-hipertension-arterial-en-adultos> (Revisado 21/11/2010, 17h00)

⁷ **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA .**Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial Sociedad Española de Cardiología. Servicio de Cardiología.Madrid. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org> (Revisado 08/10/2010, 20h00)

⁸ **González J.** Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Sección de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Cardiología. Madrid. España.Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v56n05a13047014pdf001.pdf>

pdf (Revisado 14/11/2010, 14h00)

⁹ **STAN DE LOACH**, Grupos de apoyo para personas que tienen diabetes mellitus, tipo 1. México-Distrito Federal. 2005 Disponible en: <http://www.continents.com/diabetes14.htm> (Revisado 02/12/2010, 16h00)

¹⁰ **OLIVARES C.** Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. Rev Chil Nutr 2006; 33(2): 170-179.

¹¹ **CABRERA A.** El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2000; 18(2): 129-138. Disponible en: [\[http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12018214.pdf\]](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12018214.pdf) Consulta: 21/11/2007

¹² **PROCHASKA J.** The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion.2002.

¹³ **INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.** Manual para “educadores en obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial” octubre del 2009.

¹⁴ **CAMPO C.** Angiotensina II e hiperactividad simpaticé en el riesgo cardiovascular ligado a Hipertensión. Medicina general.2001; Diciembre (29): 1005-1006.

¹⁵ **HERNÁNDEZ P.** Crisis hipertensivas. Monocardio 2003; 4 (v): 250-261.

¹⁶ **DWIVEDI G.** (2007). History of Medicine: Sushruta, the clinician-teacher par excellence , en National Informatics Centre (Gobierno de India). Disponible en: <http://medind.nic.in/iae/t07/i4/iaet07i4p243.pdf> (Revisado 10/01/2011, 15h00)

¹⁷ **ESUNGE PM** (octubre 1991). From blood pressure to hypertension: the history of research. *J. R. Soc. Med.* **84** (10): pp.621. PMID 1744849. Disponible en: www.pudmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi? (Revisado 22/02/2011, 16h00)

¹⁸ **SWALES J.D.**. (1995). Manual of hypertension. Oxford: Blackwell Science. pp. xiii. ISBN 0-86542-861-1.

¹⁹ **DREISBACH A.** (feb de 2010). Hypertension (en inglés). *Nephrology: Hypertension and the Kidney*. eMedicine.com. Consultado el 5 de julio de 2010. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/241381-overview> (15/02/2011, 20h00)

²⁰ **SÉPTIMO INFORME DEL JOINT NACIONAL COMITÉ ON PREVENCIÓN**, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial “proporciona una nueva Guía para la prevención y manejo de la Hipertensión Arterial (HTA).2003. Disponible en: <http://www.seh-lalha.org/jncVII.htm> (16/01/2011, 19h00)

²¹ **BENDERSKY M**, y col. Estudio Hy-Sys: Prevalencia y nivel de control de hipertensión sistólica en centros médicos de la Argentina. *Rev Fed Arg Card* 2003; 32:518-525.

²² **VICENTE B.** (2005) La hipertensión en atención primaria ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? *Rev Esp cardiol*:58(4).p:338-40. Disponible: <http://www.revespcardiolo.org> (07/01/2011, 19h00)

²³ **EDUARDO E.** (2003) Prevención de enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica departamento de medicina, Univ. Santiago de Chile. p:1-5. Disponible: <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/PDF/escobare.PDF> (03/02/2011, 16h00)

²⁴ **ZANCHETTI A.** (2001) Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial *Journal Of. hipertensión* Vol. 6 No.2 p: 1-26.

²⁵ World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: World Health Organization; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/es>. (Consultado el 10 05-2011, 20h00).

³⁶ **MACMAHON S.** Blood pressure, antihypertensive treatment and stroke risk. J Hypertens Suppl 1994;12:S5-14.

³⁷ **HANSSON L.** "Estudio Aleatorizado con Viejas y Nuevas Drogas Antihipertensivas en Pacientes de Edad Avanzada: Segundo Estudio Sueco sobre Mortalidad y Morbilidad Cardiovascular en Enfermos Ancianos." Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) 2002. disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/ple35web.htm> (20/11/2010, 8h00).

³⁸ **COCA A.** Papel actual de los nuevos calcioantagonistas dihidropiridínicos en el tratamiento de la hipertensión arterial. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 279-281. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n6/editorial.pdf> (02/01/2011, 12h00).

³⁹ **DICKSTEIN K.** Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: the OPTIMAAL randomised trial. Optimal trial in myocardial infarction with angiotensin II antagonist losartan. Lancet 2002;360:752-60.

⁴⁰ **NEAL B.** Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Lancet 2000;356:1955-64.

⁴¹ **NUTBEAM D,** Theory in a nutshell; a practitioner s guide to community theories and models I health promotion Sydney; National Centre for Health Promotion.2001.

⁴² **COOMBES Y.** Review of health related models of behaviour change; a report prepared for the department of health in England London; Health Promotion sciences unit of London School of Hygiene end Tropical Medicine.2000.

⁴³ **JOURNAL OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION**
Volume 110, Issue 6 , Pages 879-891, June 2010. disponible en:

[http://www.adajournal.org/article/S0002-8223\(10\)00241-5/abstract](http://www.adajournal.org/article/S0002-8223(10)00241-5/abstract) (revisada el 07/04/2011, 17H00)

⁴⁴ **GRUPO CUMPLIMIENTO.** 'Alcanza tu Objetivo', el primer programa de apoyo dirigido a pacientes hipertensos para un mejor control de la tensión arterial y calidad de vida. Disponible en: http://www.novartis.es/export/sites/novartis/galerias/documentos_prensa/2009_Alcanza_Tu_Objetivo.pdf (revisada el 09/03/2011, 18H00)

⁴⁵ **ARTÍCULO:** Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial Derechos reservados, Copyright © 2004 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Volumen 74. Numero 4.

⁴⁶ **CUENDE J.** La adopción de los percentiles de riesgo cardiovascular evita la sobreestimación o infraestimación del riesgo cardiovascular calculado con el SCORE. Rev Esp Salud Publica 2006; 80(2): 125-138.

⁴⁷ **REV CHIL NUTR** Vol. 35, N°3, Septiembre 2008, págs: 215-224. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182008000300007&script=sci_arttext. (revisada el 14/11/2010, 20H00)

⁴⁸ **CABRERA A.** Etapas de cambio en consumidores de cigarrillo en Zarzal Colombia, 1999, Revista de la Facultad de Salud Publica, Año/Vol. 19, numero 002, Universidad de Antioquia, Medellín – Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12019205> (revisada el 07/04/20011, 16H00)

⁴⁹ **JOURNAL OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION** Volume 110, Issue 6 , Pages 879-891, June 2010. disponible en: [http://www.adajournal.org/article/S0002-8223\(10\)00241-5/abstract](http://www.adajournal.org/article/S0002-8223(10)00241-5/abstract) (revisada el 07/04/20011, 17H00)

⁵⁰ **GOMEZ L.** Revisión Sistemática de Intervenciones Comunitarias sobre Actividad Física en Grupos Específicos, Revista de la Facultad de Salud Publica, Año/Vol. 33, numero 004, Universidad del Valle, Cali – Colombia.

Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28333404>
(revisada el 08/04/20011, 9H00)

⁵¹ **CABRERA A.** Actividad física y etapas de cambio conductual en Bogotá, 2004, Colombia Medica, Año/Vol. 35, numero 002, Universidad del Valle, Cali – Colombia. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28335206>
(revisada el 08/04/20011, 10H00)

⁵² Bunge, M. (2007) *A la caza de la realidad. La controversia sobre el realismo.* Barcelona, Gedisa. P. 58, 363-375. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Mario_Bunge (Revisado el 11/0520011)

⁵³ **VEENHOVEN, R.** (2000). The Four Qualities of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life, *Journal of Happiness Studies* 1, 1-39. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2006/oojm.htm> (revisada el 16/04/2011, 9H00).

⁵⁴ **VEENHOVEN, R.:** 2001, “What We Know about Happiness,” Erasmus University Rotterdam, working paper. Disponible en:
<http://www.eumed.net/ce/2006/oojm.htm> (revisada el 17/03/20011, 8H00)

⁵⁵ **CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR, ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 2008.** Disponible en:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
(revisada el 18/12/2010, 14H00)

⁵⁶ **LEY ORGÁNICA DE SALUD DEL ECUADOR.** Disponible en:
<http://www.ambiente.gob.ec/userfiles/1/file/Leyes/LEY%20ORG%C3%81NICA%20DE%20SALUD.pdf> (revisada el 24/11/2010, 14H00)

⁵⁷ **CABRERA A,** Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2000; 18(2): 129-138. Disponible en:
[\[http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12018214.pdf\]](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12018214.pdf) Consulta:
21/11/2007

⁵⁸ **DÍAZ J.** Intervención grupal y adicciones. Programa ITTACA. Intervención transteórica de apoyo al cambio de adicciones. Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga. Disponible en: http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias3/INTERVENCION_TRANSTExRICA_DE_APOYO_AL_CAMBIO_DE_ADICCIONES.pdf (revisada el 12/12/2010, 9H00)

⁵⁹ **GUÍA DE ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL** (hace parte de la resolución número 00412 del 2000). Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm> (revisada el 07/03/2011, 17H00).

⁶⁰ **ROBLES B.** Factores de riesgo para la hipertensión arterial. GUADALAJARA BJJ: archivos de Cardiología de México, Méndez Editores, S.A de C.V. 1997: 595-599, 616-617. Disponible en: <http://www.cimed.ucr.ac.cr/archivos/Informacion%20Pacientes/Pacientes%20Hipertension%20y%20factores%20de%20riesgo.pdf> (revisada el 18/04/2011, 16H00)

⁶¹ **HARRISON,** Principios de la Medicina Interna, 16ava Edición en Español, Capitulo 230, págs. 8020 – 8022.

⁶² **FARRERAS,** Principios de la Practica Medica, Sección 4, págs. 667 – 669.

⁶³ **MANCIA G.** Guía Europea de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9):968.e1-e94.

⁶⁴ **ADA.** Clinical Practice Recommendations 2005. *Diabetes Care* 2005; 28: S1-S42.

⁶⁵ **HEMMELGARN BR.** The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 - Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. Can J Cardiol. 2005; 21: 645-56.

⁶⁶ **STEPENKA V.** Proyecto estratégico para la prevención de la diabetes tipo 2. Maracaibo 2007. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2527/14/Complicaciones-cronicas-mas-frecuentes-en-pacientes-con-Diabetes-Mellitus-tipo-2>. (revisado el 15/05/2011)

⁶⁷ **ANTEPARA A.** Enfermedad Coronaria en la Mujer. Rehabilitación Cardíaca y Prevención. Vol.24. nº1. p. 7-12. 2005. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2527/15/Complicaciones-cronicas-mas-frecuentes-en-pacientes-con-Diabetes-Mellitus-tipo-2> (revisado el 18/05/2011)

⁶⁸ **CARRIÓN C.** Índice de Masa Corporal, Circunferencia Abdominal y su Impacto en los Niveles de Presión Arterial. Vol 46. nº1. Enero- Marzo. 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2527/14/Complicaciones-cronicas-mas-frecuentes-en-pacientes-con-Diabetes-Mellitus-tipo-2>. (revisado el 15/05/2011)

⁶⁹ **BONORA E.** Protection of pancreatic beta cells: is its feasible?. Nut Metab Cardiovas Dis 2008; 18:74-8. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2527/15/Complicaciones-cronicas-mas-frecuentes-en-pacientes-con-Diabetes-Mellitus-tipo-2> (revisado el 19/05/2011)

⁷⁰ **VASAN RS.** Residual life time risk for the veloping hypertension in middleaged woman and men: the framingham heart study. Jama. 2002; 287: 1003-1010.

⁷¹ **CHOBANIAN AV,** and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7° Report. JAMA.289: 2560-2572; 2003.

⁷²**PERALTA M.** Re-encuesta Nacional de hipertensión arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento .Archivos de Cardiología de Mexico. Vol. 75 Número 1/Enero-Marzo 2005:96-111. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=12&IDARTICULO=1736&IDPUBLICACION=291&NOMBRE=Archivos%20de%20Cardiolog%EDa%20de%20M%E9xico>

⁷³**BROYLES R.** Health risks, ability to pay, and use of primary care: is the distribution of service effective and equitable? *Prev Med* 2000;30:453-62. disponible en: La Biblioteca Cochrane Plus. 2011 Número 1 ISSN 1745-9990

⁷⁴**HERNÁNDEZ R.** (2007). Hipertensión Arterial, Norma Venezolana para el tratamiento de la Hipertensión Arterial Junio p:1-38.

⁷⁵ Instituto Nacional de Estadística (2005) Impacto Social de la Misión Barrio Adentro I (septiembre). Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo. Dponible: [http:// www.ine.gov.ve/](http://www.ine.gov.ve/) (revisada el 20/12/2010, 19H00)

⁷⁶**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MINSAP).** (1998) Hipertensión Arterial Epidemiología, Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana. p: (1-2) Disponible: <http://APS.sid.cu/elnu/hta.htm-1>. (revisada el 12/04/2011, 21H00)

⁷⁷**CHOBANIAN AV** .The American Journal of Medicine (2008). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289:2560-2572.

⁷⁸**JANDELEIT-DAHM K,** Hypertension *and diabetes*. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2002; 11: 221-8.

⁷⁹**FULLER JH:** Hypertension and diabetes: epidemiologic aspects as a guide to management. *J Cardiovasc Pharmacol* 1993; 21(Suppl 2): S63-6.

-
- ⁸⁰ **CURB JD.** Effect of diuretic based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated hypertension. *JAMA* 1996;276:1886-92.
- ⁸¹ **STAMLER J.** Diabetes, other risk factors and 12 yr cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care* 1993;16:434-44.
- ⁸² **WEIR MR:** *Diabetes and hypertension: how low should you go and with which drugs?* *Am J Hypertens* 2001; 14(5 Pt 2): 17S-26S.
- ⁸³ **RODRÍGUEZ JM.** Influencia de factores de riesgos cardiovasculares en el control clínico de la hipertensión arterial. *Rev. Cub. Med Mil* 2005; 34(3) po-o ISSN 0138-6552
- ⁸⁴ **DONAL E.** Secretos de la Hipertensión arterial. Disponible: http://books.google.co.ve/books?id=RgCHu_7mnoQC&pg=PA70&dq=Relaci%C3%B3n+del+Alcohol+con+HTA&ei=9cQQSo-LOYPMzASOt6iPCw (revisada el 20/12/2010, 13H00)
- ⁸⁵ **ALLISON DB.** *Annual deaths attributable to obesity in the United States.* *JAMA* 1999; 282(16): 1530-1538.
- ⁸⁶ Hipertensión y pérdida de peso. Disponible en: La Biblioteca Cochrane Plus. 2011 Número 1 ISSN 1745-9990.
- ⁸⁷ **SACKS FM.** Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 2001;344:3-10.
- ⁸⁸ **Graudal NA.** Effect of sodium restriction on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterols, and triglyceride: a meta-analysis. *JAMA* 1998;279:1383-91.
- ⁸⁹ **JÜRGENS G.** Efectos de una dieta baja en sodio versus una dieta alta en sodio en la presión arterial, la renina, la aldosterona, las catecolaminas, el colesterol y los triglicéridos. disponible En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008

Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁹⁰ **BULLÓ M.** La leptina en la regulación del balance energético. *Nutr Hosp* 2002, 17:42-48. <online> [SCIELO] Consulta: 12/04/2011

⁹¹ **ATALAH E.** De la desnutrición a la Obesidad: evolución de los problemas nutricionales en Chile. <Presentación> Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. <online> [<http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/2003/joven/modulo1/clase2/temas/tema02.htm>] Consulta: 22/04/2011

⁹² **DAWBER TR.** The Framingham Study. The epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

⁹³ **ISOMAA B.** Cardiovascular Morbidity and Mortality Associated With the Metabolic Syndrome. *Diab Care* 2001 24:638-689.

⁹⁴ **LARA A.** *Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo.* Vol. 74 Número 3/Julio-Septiembre 2004:231-245. disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=12&IDARTICULO=1072&IDPUBLICACION=34&NOMBRE=Archivos%20de%20Cardiolog%EDa%20de%20M%E9xico> (revisada el 14/02/2011, 15H00)

⁹⁵ **BUSTOS P.** Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 973-980

⁹⁶ **HALIMI JM.** Effects of current smoking and smoking discontinuation on renal function and proteinuria in the general population. *Kidney Int* 2000; 58: 1285-92.

⁹⁷ **COCA A.** Hipertensión Arterial - Guía de tratamiento [Monografía en línea consultada 1 marzo 2003] Disponible: <http://www.mapaweb.com/hta/guía2/medidas.Htm> (revisada el 18/04/2011, 19H00)

⁹⁸ **MARTELL C.** Medidas no farmacológicas en el tratamiento de la HTA. En: *Tiempos Médicos* Enero 2002 (586): 17-26

⁹⁹Instituto Nacional de Estadística (2005) Impacto Social de la Misión Barrio Adentro I (septiembre). Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo. Disponible: [http:// www.ine.gov.ve/](http://www.ine.gov.ve/) (revisada el 07/04/2011, 17H00)

¹⁰⁰ **CASTELLÓ A.** Prevalencia de la hip. art. En una comunidad. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2000; 16(2): 138-43.

¹⁰¹ **HERNÁNDEZ.** Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*, mar.-abr. 1996, vol.12, no.2, p.145-149.

¹⁰² **REVISTA MEXICANA DE CARDIOLOGÍA.** Consenso Mexicano sobre el Tratamiento Integral del Síndrome Metabólico* *Rev Mex Cardiol* 2002; 13 (1): 4-30. Disponible en:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=25&IDARTICULO=2229&IDPUBLICACION=340&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Cardiolog%EDa> (revisada el 04/03/20011, 18H00)

¹⁰³ **FLORES M.** Hipertensión Arterial y las modificaciones de los estilos de vida en la práctica familiar. *Rev. Venezolana y Regional Andina de Atención Médica Primaria* Julio-diciembre. 2001; vol. 9 (2): 4-9.

¹⁰⁴ **REINALDO G.** (2003), Proyecto "CHAPLAZA". Un Programa de Control de Hipertensión Arterial en el Municipio Plaza. Habana Cuba. p: 1-15. Disponible: www.sld.cu/servicios/hta/doc/chaplaza.ppt (revisada el 25/12/2010, 9H00)

¹⁰⁵**ALFONSO LA.** Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en especialidades clínicas. 2004; 25-36.

¹⁰⁶**PROCHASKA J.** Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 2002; 13: 39-46.