

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA  
ISSN 0124-4108 Vol. 10 No. 1 Enero-Junio de 2008  
Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia págs. 51-62

Artículo recibido: 28 de febrero de 2008  
Aceptado: 10 de junio de 2008

### **Sandra Lucía Restrepo Mesa**

MSc en Salud Colectiva  
Profesora Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia  
Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana  
sanres@pijaos.udea.edu.co

### **Berena Patricia Torres Marín**

MSc en Salud Colectiva  
Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia  
berena@tone.udea.edu.co

### **Tomás Bernal Álvarez**

MSc en Ciencias Sociales y Humanas  
Profesor Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

### **María Eugenia Muñoz Galeano**

### **Lina María Ocampo Hincapié**

### **Melissa Andrea Alvarado Ramírez**

Estudiantes 9º semestre de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia

## Resumen

**Introducción:** la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa y progresiva que puede desencadenar daños significativos en un órgano blanco<sup>1</sup>, lo que requiere de acciones de educación para la salud. **Objetivo:** analizar la opinión que tienen los usuarios de diferentes Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) de Medellín, sobre la contribución de los programas de control de HTA al manejo de la enfermedad y a la modificación de factores de riesgo que permitan su control. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal, se seleccionó una muestra por conveniencia en las EPS participantes. **Resultados:** el 52% de los usuarios percibe que dejó o disminuyó el consumo de licor por las recomendaciones del programa. De los usuarios que no fumaban al momento de la encuesta, el 42% fueron fumadores y de estos, 26% dejaron de fumar por dichas recomendaciones. El 74% realizaban actividad física y de estos, el 65% afirmaron haberla iniciado por su participación en el programa. En cuanto a la alimentación las recomendaciones que más practicaban los asistentes

1 Órgano blanco es aquel sobre el cual una patología puede generar efectos adversos.

fueron la disminución en el consumo de grasas (92%), disminución del consumo de sal (91%) y la no adición de sal a las preparaciones (86%). **Conclusiones:** las actividades de educación para la salud, en opinión de los usuarios, fomentan prácticas cotidianas que contribuyen al manejo y control de la de la HTA.

**Palabras claves:** hipertensión/prevención y control, promoción de la salud, prevención primaria, factores de riesgo, educación para la salud.

## Are the hypertension treatment and prevention programs helping to control the disease?

### Abstract

**Background:** hypertension is a progressive disease that remains as an asymptomatic disease for a long period of time, causing damage on specific organs like heart, kidney, and blood vessels; for that reason prevention and educational health programs should be implemented. **Objective:** to analyze, the view that patients have about health service's hypertension programs that help patients to control and prevent the disease risk factors. **Materials and methods:** it is a descriptive cross sectional study; the sample was selected in a not probabilistic approach from the participating health services. **Results:** 52% of the patients perceived that drinking alcohol decreased due to the recommendations given in the program, and also 42 % that were active smokers at the moment of the interview, 26 % quit smoking with those recommendations. 74 % of participants do exercises then 65% told to start work out when they were involved in the program. About food intake 92% of the Participants reported reduction in fat intake, 91% in salt consumption and 86 % decrease salt addition to food. **Conclusions:** health education activities given to patients help them to take part in their control and prevention of hypertension disease.

**Key words:** hypertension/prevention and control, health promotion, primary prevention, risk factors, health education.

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa y progresiva que se presenta en todas las edades, especialmente en personas entre los 30 y los 50 años, generalmente asintomática, lo que hace que la mayoría de la población no dimensione la magnitud del problema y que después de 10 o 20 años ocasione daños significativos en órgano blanco (1). La HTA es el desorden cardiovascular más frecuente en Colombia con una prevalencia que oscila entre 13% y 23%, lo que la convierte en una de las principales causas de muerte no violenta en el país (2). De acuerdo con la Encuesta de la Situación

Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005, el 31% de la población entre 18 y 64 años autoreportó cifras tensionales elevadas, con mayor prevalencia en el grupo de edad entre 50 y 64 años (3).

Los factores de riesgo asociados a HTA, como el sedentarismo, el consumo inadecuado de alimentos, el consumo de cigarrillo y alcohol entre otros, (4) tienen amplias consecuencias en la salud de la población y altos costos para el sistema de salud del país.

En los últimos cincuenta años se han investigado las causas de la hipertensión arterial y se ha descubierto que aunado a los factores ambientales

como el exceso en el consumo de calorías y sal en la dieta, el sobrepeso, el estrés sicosocial y el consumo significativo de alcohol, existen factores genéticos que provocan alteraciones en el control de la presión arterial y la hipertensión crónica lo cual se ha corroborado en la población colombiana (2).

En los países desarrollados los programas de control de HTA se realizan con criterios claros y unificados de manejo, lo que ha demostrado un enorme impacto en la morbi-mortalidad atribuible a las tasas de muerte por enfermedad cerebrovascular disminuyéndola casi en un 60%(1).

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia están regidos principalmente por la Constitución Política de 1991 en la cual se expresa que debe garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y, que el bienestar general y el mejoramiento de las condiciones de vida son finalidades sociales del estado (5). También por la Ley 100 de 1993, que reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, definido como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de bienestar individual y comunitario (6); en ella se dio libertad a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para direccionar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (p y p) desarrollando sus propios protocolos, esta situación permite diversidad de acciones.

Diferentes resoluciones y acuerdos han sido aprobados con el fin de reglamentar las acciones de p y p en todo el territorio nacional. La resolución 3997 del 30 de octubre de 1996 determina las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad del Plan Obligatorio de Salud (7); el acuerdo 117 de 1998 delega en el Ministerio de Salud el establecimiento de pautas y normas técnicas

para resolver los problemas de salud pública de acuerdo al perfil de la población afiliada (8); en la resolución 412 del 2000 se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida para desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y guías de interés en salud pública (9) y, la resolución 3384 de 2000 define el sistema de fortalecimiento de la Gestión de las aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública (10). Los programas de hipertensión arterial inscritos en estas normas buscan estimular y potenciar habilidades para el manejo y control de la enfermedad.

Distinguir entre como se aplica la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS es difícil y a veces controversial – a pesar de que el debate está más en el ámbito académico sin afectar aún la política pública – lo único claro es que las dos son indispensables en la búsqueda del bienestar de la población, por ello saber reconocerlas permite mayor claridad en los programas y proyectos.

La promoción de la salud tiene como intención la búsqueda de la salud, está dirigida especialmente a la población y busca influir en las interacciones del grupo y su ambiente, es decir en sus condiciones de vida, se dirige a actuar sobre los determinantes de la salud y a construir opciones saludables con las personas (11).

La prevención tiene su interés en la enfermedad, busca proteger a los individuos y grupos de riesgos específicos, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (11,12). La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son prácticas con dispositivos pedagógicos, políticos, éticos y técnicos desde los que se pueden construir alternativas individuales y colectivas de autocuidado y bienestar (13,14).

Con el presente estudio se buscó conocer la opinión de los usuarios sobre como las acciones de los programas contribuyen a la adquisición de conocimientos, para el adecuado manejo de la HTA, y las fortalezas y debilidades de los programas.

Los datos obtenidos permitieron caracterizar a la población que asiste a los programas, lo que piensan sobre él, sobre lo que les ha aportado para hacer cambios en factores de riesgo para la HTA. Con estos datos se complementó además el componente cualitativo del estudio que indagó por la relación de los resultados y el grado de cumplimiento de los objetivos planificados (15,16).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) propias (no adscritas) de algunas Empresas Prestadoras de Servicios de Salud de la Ciudad de Medellín Colombia (EPS): Cafesalud, Cruz Blanca, Saludcoop, Coomeva, Susalud y Comfenalco. Se seleccionó una muestra representativa de 590 usuarios, la cual se estratificó por institución, con una confianza del 95%, un error de muestreo del 4% y una proporción esperada del 50% de sujetos que opinan que los programas de hipertensión contribuyen al conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo que pueden ser modificados para su control.

En cada una de las EPS se seleccionó una muestra proporcional al total de asistentes al programa, los cuales aceptaron participar del estudio. Se aplicó una encuesta que estuvo a cargo de personal previamente estandarizado. Como criterios de inclusión se consideraron ser adultos, pertenecer al régimen contributivo del SGSS, participar de los programas de hipertensión arterial por un tiempo mínimo de tres meses.

**Recolección de información.** La encuesta recopiló datos sobre aspectos generales como sexo, edad, estado civil, tipo de afiliación al sistema general de seguridad social, nivel de escolaridad, ocupación. En relación a la participación de los usuarios en el programa se indagó por el tiempo permanencia en el programa, la motivación para participar de él y la constancia en la asistencia al mismo.

Se preguntó acerca de las actividades en las cuales habían participado, la forma en la cual se desarrollaban y por el material educativo recibido. Se indagó por los cambios provocados gracias a las sugerencias recibidas, especialmente en lo relacionado con factores de riesgo para la hipertensión como consumo de alcohol, cigarrillo, actividad física<sup>2</sup> y alimentación.

**Análisis estadístico.** El procesamiento y análisis de los datos obtenidos de la encuesta se realizó mediante los programas Microsoft Excel y el software estadístico SPSS versión 13. Se describieron los datos generales y los relacionados con el programa de hipertensión mediante frecuencias, porcentajes, promedios y desviación. Se calcularon igualmente intervalos de confianza y la prueba de diferencia de proporciones. Un valor de  $p < 0.05$  fue considerado significativo.

**Consideraciones éticas.** Cada uno de los participantes de los programas de hipertensión arterial aceptó voluntariamente participar en el estudio firmando el consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

---

2 Se entiende por actividad física el movimiento corporal realizado por más de 30 minutos, tres o más veces a la semana con el propósito de aumentar el consumo de energía.

## RESULTADOS

### Caracterización general de los usuarios entrevistados

De las 588 personas encuestadas en las diferentes EPS, 408 (69%) fueron del género femenino y 180 (31%) del género masculino. Con un promedio de edad de 61 (IC 95%) años, siendo el usuario más joven de 24 y el mayor de 93 años. Al indagar por la ocupación se encontró que el 74% de las mujeres eran amas de casa, 12% empleadas y 11% jubiladas, el porcentaje restante se dedica a otras actividades. Por el contrario, 28% de los hombres eran empleados y el mayor porcentaje de ellos (37%) estaban jubilados; el porcentaje restante se dedica a actividades del hogar o laboran como independientes. Respecto al estado civil el 53% de los usuarios eran casados, 21% viudos, 20% solteros y 6% vivían en unión libre.

Con relación al nivel educativo se encontró que 278 de los usuarios (47%) realizaron la primaria (completa o incompleta), 223 (38%) secundaria (completa o incompleta) y solo 44 (7.5%) tenía nivel de educación universitaria. En cuanto al tipo de afiliación al SGS-SS se encontró que 45.3% eran contribuyentes al sistema y 54.6% beneficiarios del cotizante. De las 588 personas, 489 (83.2%) tenían permanencia en el programa de más de un año, 55 (9.4%) entre 6 a 12 meses y 44 (7.4%) entre 3 y 6 meses.

### Factores de riesgo asociados a la HTA

**Consumo de licor:** del 100% de personas encuestadas 138 (23,5%) manifestaron consumir licor, y de estas 76 eran hombres (42,2%) y 62 (15,2%) mujeres. 96 de ellos (70,1%) lo consume ocasionalmente, (situaciones especiales menos de cinco veces al año), 38 (27,7%) lo consume moderadamente (1 ó 3 veces a la semana, sin embriagarse y sin dependencia) y 3 (2,2%) lo hacen frecuentemente (varias veces en la semana, con dependencia con o sin

embriaguez). Como dato importante se encontró que de las 370 personas que manifestaron haber dejado o disminuido la cantidad de licor, 192 (52%) (IC95%: 47,8-57,2) manifiestan haberlo hecho por las recomendaciones recibidas en el programa de hipertensión.

**Consumo de cigarrillo:** en cuanto al hábito de fumar, se encontró que de las 588 personas, 72 (12,2%) eran fumadores, de éstos 48 (78,7%) fumaban menos de 11 cigarrillos al día, 12 (19%) entre 11 y 20 cigarrillos, el 1 (1,6%) entre 21 y 30 cigarrillos. Al momento de comparar las cifras entre el consumo de cigarrillo (12,2%) y licor (23,5%) se observa que prima el consumo de este último.

Al indagar con los usuarios que no fuman actualmente si habían fumado, 217 (42,3%) respondieron que en algún momento de su vida fumaron, de estos 57 (26,3%) dejaron de fumar por las recomendaciones recibidas en los programas de control de la hipertensión, mientras que 160 (73,7%) manifestaron haberlo dejado por otro tipo de razones.

**Práctica de actividad física:** 437 de los usuarios (74,3%) realizaban actividad física, de éstos 138 (31,57%) eran hombres y 299 (68%) mujeres. De las personas que realizaban actividad física, 284 (65,1%) afirmaron haberla iniciado por las recomendaciones dadas en el programa de hipertensión.

**Alimentación:** Se encontró que las recomendaciones relacionadas con la alimentación realizadas con mayor frecuencia fueron la disminución del consumo de grasas en 573 usuarios (97,8%), disminución del consumo de sal en 568 (96,9%), aumento del consumo de frutas y verduras en 546 (92,9%) e incremento en la ingesta de agua en 528 (89,9%). Al indagar por la aplicación de dichas recomendaciones, se encontró con mayor frecuencia era la disminución del consumo de grasas en 539 usuarios (91,7%), disminución del consumo de sal en 533 (90,6%), no adición de sal a las preparaciones en 507 (86,4%)

e incremento del consumo de frutas en 468 (80%) y de verduras en 481 (82%).

**El programa educativo:** al indagar si asumen las sugerencias realizadas por los profesionales de la salud en los programas con respecto a los factores de riesgo para la HTA no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. De las personas encuestadas 515 (88%) afirmaron practicar en casa alguna o varias de las recomendaciones, especialmente las relacionadas con la alimentación.

Los programas son dirigidos y ejecutados por profesionales de enfermería y con frecuencia se apoyan en los profesionales de nutrición, esta presencia constante hace que los mensajes que transmiten acerca de las posibilidades y límites alimentarios relacionados con la hipertensión sean más frecuentes.

En relación con lo aprendido en las actividades educativas, se encontró que 567 de los usuarios (96%) se sienten satisfechos, 473 (81%) expresaron que comunicaban a otras personas lo que aprendían en las actividades y 390 (67%) consideraban que las actividades eran bien estructuradas y no requerían ser mejoradas. Esto evidencia la satisfacción con la forma en la cual se desarrollan las actividades, posiblemente debido a que cuando los profesionales (médicos, enfermeras, nutricionistas, sociólogos, psicólogos, entre otros) escuchan al usuario le proporcionan un ambiente acogedor lo que les permite encontrar respuestas a sus necesidades y al manejo de su enfermedad. Los 193 usuarios restantes (33%) hicieron sugerencias para mejorar el programa, relacionadas principalmente con la inclusión de actividades más prácticas como actividad física, talleres y sesiones de preparación de alimentos.

## DISCUSIÓN

Los datos muestran que son las mujeres quienes más asisten a los programas de hipertensión, corro-

borado por diferentes estudios que demuestran que la mujer juega un rol importante en el desarrollo de prácticas de cuidado de la salud (17,18).

En cuanto a la escolaridad se encontró que la mayoría de los usuarios tiene un nivel de educación básica (primaria completa o incompleta), mientras un número muy reducido ha tenido acceso a la educación superior. El nivel de escolaridad genera grandes diferencias en las necesidades y expectativas de educación para la salud de los individuos, lo que exige estrategias contextualizadas para el logro de los objetivos en las actividades de educación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Como se describe en los resultados, se encontró que 138 de los usuarios del programa de control de hipertensión arterial (23,5%) aún consumen licor, aspecto preocupante teniendo en cuenta los daños sistémicos que produce la enfermedad y otros padecimientos cardiovasculares que se agravan con el consumo de este. El consumo de cantidades superiores a 30 g al día puede aumentar la tensión arterial (19, 20) situación que complica la enfermedad y disminuye la calidad de vida del paciente; mientras que diversos estudios realizados con la dieta mediterránea plantean cómo el consumo de 10 a 30 g de licor diariamente tiene efectos protectores en la salud, al modificar los niveles de lípidos en sangre elevando especialmente el colesterol-HDL y los niveles de algunas proteínas de la coagulación (21,22).

La dieta mediterránea en la que el consumo de licor, especialmente de vino tinto es moderado ha contribuido en los países europeos a bajas tasas de morbimortalidad por las enfermedades cerebrovasculares (23). Sin embargo, es importante señalar que esta recomendación resulta peligrosa ante la posibilidad de que se exceda el consumo recomendado y aumente cada vez más los riesgos de enfermedad cardiovascular, por lo que los

investigadores consideran que hay que interpretar con prudencia las evidencias del efecto protector del licor, puesto que es posible que la asociación entre el consumo de licor y la menor mortalidad por enfermedad cardiovascular puede deberse a otros factores como una dieta rica en fibra y en grasas monoinsaturadas, bajo aporte de carbohidratos simples, no fumar, realizar ejercicio y protegerse de los factores ambientales, especialmente en el período perinatal (23).

A través de la historia el consumo de licor y tabaco ha sido y es todavía una costumbre y una adicción fundamentalmente de hombres, al tener mas vida social, hasta el punto de convertirse en un hábito de la población occidental (19, 20, 21), situación similar a lo encontrado en la presente investigación donde el consumo de licor es más alto en los hombres: 76 usuarios (42,2%), que en las mujeres: 62 usuarios (15,2%).

En cuanto al consumo de cigarrillo, 72 usuarios (12,2%) de la población encuestada aún fuma y la mayor proporción de esta son mujeres (42 usuarias), aspecto que llama la atención puesto que se ha tenido la percepción de que el género femenino tiene una visión más amplia del autocuidado.

El consumo de licor y tabaco tradicionalmente ha sido una costumbre del género masculino, sin embargo las tendencias actuales han contribuido a que las mujeres también lo incorporen (22). Esta situación es visibilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quién señala que “el número de mujeres fumadoras supera ya los 200 millones y las compañías tabacaleras han lanzado campañas a gran escala para atraer a mujeres y niñas adolescentes de todo el mundo” a incursionar en el hábito del tabaco (19). Según las proyecciones realizadas por la OMS para la década del 90, se estima que la proporción mundial de fumadores fue de 47% para hombres y 12% para las mujeres, sin embargo la prevalencia de tabaquismo entre la población fe-

menina es mucho mayor al 20% en las Américas y en Europa. Se prevé que para el 2025 el número de mujeres fumadoras se triplicará, situación alarmante teniendo en cuenta los efectos adversos del cigarrillo en la salud (19).

Se evidenció que los programas de control de la HTA contribuyen a motivar a los usuarios a la práctica de la actividad física y logran que las personas reconozcan los beneficios que trae para su salud una vida activa. Es conocida la relación entre la actividad física y la reducción de los factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas propias de la edad avanzada, la actividad física aeróbica controlada tiene efectos importantes en el peso, composición corporal y la distribución de la grasa subcutánea. Un estudio realizado por Restrepo y colaboradores en el municipio de Caldas (Antioquia-Colombia) argumenta como con la edad se generan cambios en la composición corporal caracterizados por la disminución en la masa muscular, el incremento de la grasa corporal total y la redistribución de la grasa celular subcutánea, la cual disminuye en las extremidades y aumenta en el tronco especialmente en el abdomen generando una obesidad visceral (24), factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónico degenerativas como es el caso de la hipertensión arterial.

La actividad física favorece el mejoramiento de las funciones vitales del organismo, además contribuye a disminuir los niveles de estrés, lo que ayuda a potenciar la salud física, mental y emocional de manera que logra mejorar la calidad de vida del individuo. Por el contrario el sedentarismo se ha vinculado con mayor riesgo de trastornos metabólicos, endocrinos y cardiovasculares (25), en este sentido, la inclusión de la actividad física aparece como una práctica que puede mejorar las cifras tensionales altas (25). Las personas activas físicamente tienden a desarrollar y mantener altos niveles de capacidad o condición física que se convierten en un efecto protector de enfermedades como osteoporosis, enfermedad

coronaria, hipertensión, diabetes mellitus, cáncer de colon, ansiedad, depresión, y trastornos mentales.

Otros beneficios importantes de la actividad física son el aumento en la sensibilidad de la insulina y por lo tanto en la disminución de la resistencia a esta, disminución en los requerimientos de hipoglicemiantes orales y de insulina para control en el caso de los diabéticos; disminución de la presión arterial, reducción de la incidencia y mortalidad por eventos coronarios, conservación del tejido libre de grasa y disminución de la grasa corporal, incremento de las HDL y disminución de las LDL, VLDL y triglicéridos (26).

En un estudio publicado por Barrón Rivera y colaboradores, sobre el efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso, se concluyó que ella es efectiva si motiva al cambio a las personas. En este estudio se analizaron a 150 adultos por medio de un ensayo clínico aleatorizado de dos grupos, uno de ellos experimental que se sometió a la intervención educativa sobre hipertensión y repercusión del estilo de vida en el control de la enfermedad. Los resultados arrojaron cambios positivos en la presión arterial del grupo experimental, al igual que en la pérdida de peso y la duración de la actividad física, al encontrar diferencias estadísticamente significativas para estas variables de estudio (27), lo que indica que una adecuada intervención educativa por parte del personal de la salud ayuda a que el paciente tome el control de su enfermedad y aplique cuidadosamente diferentes recomendaciones para mejorar su estado de salud.

En el caso de las personas que asisten a los programas de hipertensión arterial de las diferentes IPS se encontró que pese a que para ellos es difícil renunciar a algunas de sus prácticas cotidianas, mas aun cuando estos se han manejado por un largo periodo de tiempo, los usuarios asumen cambios con el propósito de manejar y controlar su enfermedad. Lo anterior se genera cuando el paciente se sensi-

biliza frente a la enfermedad y conoce los factores de riesgo que pueden agravarla, por lo que cobra importancia el seguimiento y evaluación de los programas, de tal manera que se identifiquen los logros de las personas a corto, mediano y largo plazo.

Los cambios en algunos aspectos relacionados con la alimentación de los usuarios son importantes, ya que el hecho de reducir el consumo de grasas y de sal es un primer paso que va a contribuir a disminuir la presión arterial. En una indagación realizada sobre acercamientos dietéticos para detener la hipertensión (DASH) en la cual se incluyeron 459 adultos con presión arterial sistólica menor de 160 mm Hg y diastólica de 80–95 mm Hg, se encontró que cerca del 27% de los participantes presentaban hipertensión y compararon tres planes de alimentación: Uno de los planes de alimentación fue similar en nutrientes al consumido por los Norteamericanos, el segundo parecido a este pero alto en frutas y verduras y el último plan de alimentación DASH (énfasis en consumo de frutas y verduras, nueces, pollo, pescado, granos enteros, aves; y la reducción de grasa saturada, colesterol, azúcares y bebidas azucaradas). La reducción del sodio de la dieta disminuyó la presión arterial en quienes seguían ambos planes de alimentación, y la presión arterial disminuyó en la dieta DASH con cada control en la ingesta de sodio, en forma mayor que con el otro plan de alimentación. Se presentó una disminución mayor con la dieta DASH en la que se ingerían 1.500 mg/día de sodio. Las personas con hipertensión presentaron las mayores reducciones, pero quienes no tenían hipertensión también presentaron disminución de las cifras tensionales (26).

### **La educación en los programas de hipertensión arterial**

Pese a que los usuarios manifestaron sentirse satisfechos con la forma en que se desarrollan las actividades educativas, es importante resaltar que para generar mejores resultados e impactar la

calidad de vida de las personas se debe propiciar la reflexión relacionada con las prácticas cotidianas por medio del diálogo y el intercambio de conocimientos, se requiere del desarrollo de un trabajo vivencial en el que la materia prima sean las experiencias propias y los proyectos de vida que contribuyan a cambios y a mejorar la calidad de vida de las personas (28).

Según una investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (29), los programas se deben elaborar en interacción con los participantes situación que posibilita obtener mejores resultados. Las instituciones deben asumir la educación permanente como una política que garantice la disponibilidad de personal actualizado y motivado que esté en condiciones de generar cambios sostenibles en sus servicios, que los programas que se implementen hagan parte de la planificación estratégica en los que se puedan manejar indicadores cualitativos y cuantitativos que permitan analizar y monitorear la realidad.

En este sentido dice De Souza Minayo (30) que cualquier intervención social precisa ser entendida dentro de su nivel de especificidad respecto a los cambios que se propone, debe tener en cuenta los contextos sociales y culturales del universo de valores en determinado momento histórico, es decir, que estos procesos son una praxis en donde se conjugan y unen la creencia en la eficacia de las ideas, su efectividad en la relaciones sociales y su reproducción en lo cotidiano, pero que se conjuga con la transformación a nivel de la conciencia individual y con los cambios en los procesos colectivos, es decir formar en valores que permitan adoptar cambios, no depende solo de estrategias pedagógicas de imposición, ni es un trabajo aislado, integra las experiencias vividas por los individuos en todos los ámbitos de su experiencia existencial.

Trabajar en metodologías que puedan articular los enfoques de prevención de la enfermedad con los de promoción de la salud, puede permitir una mayor

participación de las personas involucradas porque los usuarios están buscando oportunidades de socialización y no sólo la identificación de factores de riesgo; en este sentido, todos los recursos que se puedan poner en esta labor son estrategias claves para que las intervenciones cumplan su propósito de contribuir a generar bienestar en lo individual y en lo colectivo (31).

## CONCLUSIONES

La opinión de los usuarios sobre los programas de hipertensión arterial es que estos han contribuido a entender la enfermedad y los cuidados que ella requiere. Los individuos toman decisiones sobre su salud según se sientan motivados hacia el autocuidado y en los diferentes programas de hipertensión arterial en los cuales se hizo esta indagación, los usuarios manifiestan entender las sugerencias al cambio y ponerlas en práctica, lo que según ellos ha contribuido a la modificación de algunos factores de riesgo como el consumo de cigarrillo y licor, la no actividad física y al mejoramiento de sus hábitos de alimentación.

Las personas valoran positivamente las acciones realizadas en los programas y la mayoría de estas no requieren cambios. Es claro que las personas que asisten no son pedagogos y no les corresponde pensar como estructurar los programas, sin embargo llama la atención como se percibieron con mayor apropiación de los espacios educativos y más convencidos de los cambios sugeridos, los usuarios que asisten a programas que han implementado metodologías más participativas y orientadas a la idea de grupo de apoyo.

En este sentido la educación para la salud debe ser considerada un aspecto que contribuye a fortalecer en las personas su capacidad y bienestar, debe ser una herramienta que se oriente a la potenciación del ser humano, como individuo y como miembro de un colectivo, para asumir con calidad los procesos de

ser y hacer. Se espera entonces que los programas de prevención y control de las enfermedades crónicas, permitan a las personas además de adquirir conocimientos para el manejo de su enfermedad, encontrar un espacio para compartir, conocer otras personas, ocupar el tiempo libre e incentivar el ocio, de tal forma que se impacten los factores de riesgo de la hipertensión. Así mismo se espera pero que estos espacios sean intencionados también a la transformación personal y social, de esta forma se equilibraría la balanza de los programas de prevención de la enfermedad y los de promoción de la salud

—si se va a entender como antes se definió— como posibilidad de construir alternativas individuales y colectivas de autocuidado y bienestar.

## AGRADECIMIENTOS

El grupo de investigación agradece a los coordinadores de los programas de hipertensión de las diferentes IPS participantes del estudio, su disponibilidad y gestión para el desarrollo del proyecto y de manera muy especial a los usuarios de los programas por compartir su cotidianidad.

## Referencias

1. Castenanos J, Nerin R, Cubero O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16:138-43.
2. Aristizabal D, Garcia E, Mcewen J, Caulfield M, Méndez J, Medina E, et al. Bases genéticas de la hipertensión arterial esencial en Colombia: avances en nueve años de estudio. *Rev Colomb Cardio.* 2006;12:409-30.
3. ICBF. Autoreporte de hipertensión arterial y diabetes mellitus. En: Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. Bogotá; 2006. p. 86
4. Fernández ML, De la Figuera M. Hipertensión arterial, problemas diagnósticos y terapéuticos. Barcelona: Doyma; 1992. p.1-136.
5. Colombia. Constitución. Constitución política de Colombia de 1991 con reformas hasta 2005. [Documento electrónico]: Bogotá: 2007. [Citado diciembre de 2007]. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/col91.html>.
6. Colombia, Leyes. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3997 de 1996: por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Bogotá; 1996.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 1998: por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá; 1998.
9. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos, e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá; 2000.

10. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000: por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la resolución 1078 de 2000. Bogotá; 2000.
11. Restrepo HE, Málaga H. Conceptos y definiciones. En: promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 24-33.
12. Arango Y. Autocuidado de la salud desde aportes de género [Documento electrónico]. En: Primer Simposio de Salud y Género. La Habana: Sociedad Cubana de Medicina Familiar; 2000 [Citado marzo de 2002]. Disponible en: <http://www.socumefa.sld.cu/>
13. Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE). Relatoría Simposio Promoción de la Salud. [Sitio en Internet] [Citado diciembre de 2006]. Disponible en: <http://www.aladefe.org/>.
14. Escobar M, Torres B. Estado de la discusión y la práctica de la promoción de la salud en Colombia: 1991-1999. [Tesis de maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2001. p.181.
15. Pérez M. El Sistema de control de gestión. conceptos básicos para su diseño. [Sitio en Internet], La Habana; 2003 [Citado enero de 2007]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/67/siscontrges.htm>.
16. Quintero V. Evaluación de proyectos sociales. Construcción de indicadores. Cali: Fundación FES, 1998. p. 223-71.
17. Hernández I, Arenas M, Valde R. El cuidado de la salud en el ámbito domestico, interacción social y vida cotidiana. Rev Saúde Públ. 2001;35:443-50.
18. Van Der Sande MAB, Walraven GEL, Milligan PJM, Banya WAS, Ceesay SM, Nyan OA. Family history: an opportunity for early interventions and improved control of hypertension, obesity and diabetes. Bull World Health Organ. 2001;79:321-8.
19. Estern V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Young Yoon S. Las mujeres y el tabaco: de la política a la acción. Bull World Health Organ. 2001;4:9-18.
20. García E, Lima G, Aldana L, Álvarez V, Casanova P. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev Cub Med Milit [Revista en Internet]. 2004 [Citado enero de 2007];33(3):8p. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33\\_3\\_04/mil07304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm)
21. Otaño F, Valdes Y. Algunas reflexiones sobre el alcoholismo en la comunidad. Rev Cub Enferm. [Revista en Internet]. 2004 [Citado enero de 2007];20:4p.. Disponible en: <http://scielopueba.sld.cu/scielo.php?>
22. Jadue L, Berríos X. Estilos de vida de la mujer adulta de la región metropolitana. Boletín Esc Med Univer Católica Chile [Revista en Internet]. 1994 [Citado marzo de 2007];23:4p. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud\\_Publica/1\\_14.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_14.html)
23. Bermúdez V, Leal E, Bermúdez F, et al. El alcohol: ¿Factor de riesgo o de protección para la enfermedad coronaria? Arch Venez Farmacol Terap. 2003;22:116-25.
24. Restrepo MT, Pérez J, Franco F. Efecto de la actividad física aeróbica controlada, en el peso, composición corporal y la distribución de la grasa subcutánea, en mujeres sedentarias de 55 a 70 años. Caldas Antioquia 1999. Persp Nutr Humana. 2000;3:17-29.
25. Escobar O. El ejercicio físico como estrategia de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades cardiocerebrovasculares. Cuad Pedagog. 2002;19:47-64.
26. Restrepo SL, Agudelo G. Síndrome metabólico II: del concepto a la acción en alimentación y nutrición. Persp Nutr Humana. 2005;14:97-116.
27. Barrón A, Torreblanca F, Sánchez L, Martínez M. Effect of an educational intervention on the quality of life of the hypertense patient. Rev Salud Pública Méx. 1998;40:503-9.
28. Sandoval C, Roldan O, Luna MT. Desarrollo humano un punto de vista alternativo. Modulo 1. Área educación. Bases conceptuales de una educación orientada al desarrollo humano. Medellín: CINDE; 1998. p. 24.
29. Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional de Loja. Sistematización del programa de educación. permanente CLEPS UNL–Espacios Saludables. Loja: OPS; 2003. 45 p. Serie Educación Permanente en Salud N° 3).

30. De Souza Minayo MC, Gonzalez de Assis S, Ramos de Souza E. Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 67-68.
31. Peñaherrera SE, Palomino W. El parque saludable: una experiencia de prevención y promoción de la salud a nivel comunitario en un barrio marginal de la selva del Perú. Promot Educ. 2007;14:129-30.