





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA



XII CURSO COMPLEMENTARIO DE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**“Factores que Influyen en el Descontrol de la
Hipertensión Arterial: Perspectiva del Enfermo”**

TESIS

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

ENF. AMELIA SERAFÍN ÁNGELES

ENF. SANDRA E. MENDOZA ROCHA

DIRECTORA DE TESIS

MSP. MARIA DEL PILAR PASTOR DURANGO

OCTUBRE 2004



536373 918302



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27 Dirección: Tel. 826-23-27
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



22 de octubre de 2004

LIC. ENF. TERESITA DEL SOCORRO GARCÍA MARTINEZ
COORDINADORA DEL CURSO COMPLEMENTARIO
DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el documento final de la tesina
"Factores que influyen en el descontrol de la hipertensión arterial: perspectiva del
paciente" de las señoritas Amelia Serafín Angeles y Sandra Esperanza Mendoza Rocha,
cumplen con los requisitos científicos y metodológicos exigidos por la Facultad y por tal
motivo se presenta con el fin de continuar el proceso de titulación.

Sin otro particular por el momento, agradezco su atención a la presente.

ATENTAMENTE

[Firma manuscrita]

MSP. MARIA DEL PILAR PASTOR DURANGO
DIRECTORA DE TESIS
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO



copia: archivo



AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres: Por todo el apoyo incondicional por ser quienes se esforzaron por brindarme confianza, cariño y alentarme para continuar siempre en alto y poder culminar esta etapa.

A Dios, por darnos la vida y la fortaleza de enfrentar los nuevos retos que la vida nos ofrece día a día. Y lo que hemos logrado hasta este momento nos permita ser siempre mejores personas y profesionistas.

Un agradecimiento especial, para todas aquellas personas que brindaron su apoyo, tiempo, dedicación, conocimientos y experiencias.

Gracias a los participantes que colaboraron en este estudio, por permitirnos conocer su experiencia vivida, así como la disposición y el tiempo prestado.

RESUMEN

Objetivos. Describir la percepción del enfermo hipertenso acerca de la evolución y el descontrol de su padecimiento y de los factores individuales que favorecen dicho descontrol. **Material y métodos.** Estudio cualitativo de corte etnográfico, los informantes fueron personas hipertensas bajo tratamiento farmacológico en la comunidad de La Taponá, Río Verde, S.L.P. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 6 personas. La codificación y construcción de la matriz por categorías fue de manera manual, posteriormente se hizo el análisis descriptivo de la información. **Resultados.** De acuerdo a la sintomatología el sujeto logra definir su enfermedad, considerándose sano cuando hay ausencia de síntomas y enfermo cuando experimentan una serie de cambios. Muestra como los sujetos han enfrentado su padecimiento a lo largo de su vida, desde el inicio hasta la actualidad. Consideran que la causa de su padecimiento y los factores que más sobresalen en el descontrol son de naturaleza Psicosocial (problemas y relaciones conflictivas) y explican el descontrol con base en la sintomatología. **Conclusiones.** Los enfermos perciben su padecimiento y el descontrol como producto de experiencias intensas relacionadas con problemas psicosociales que han enfrentado a lo largo de su vida.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2 OBJETIVOS	8
3 MATERIAL Y MÉTODOS	9
4 RESULTADOS	13
5 CONCLUSIONES	44
6 RECOMENDACIONES	48
7 LIMITANTES	50
8 BIBLIOGRAFÍA REFERIDA	51
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	53
ANEXOS	54

INTRODUCCIÓN

Muchas veces se ha considerado a la enfermedad como un fenómeno objetivo, que se caracteriza por la alteración del funcionamiento del cuerpo, como organismo biológico, que se traduce en signos y síntomas; sin embargo, los sujetos experimentan ciertas manifestaciones que forman parte del fenómeno subjetivo y que son considerados propiamente como una enfermedad orgánica ya que quien la padece suele sentirse enfermo. Es necesario reconocer entonces, que cada individuo dependiendo del contexto en que se encuentre, tiene opiniones, valores y creencias distintas, además se enfrentan a situaciones individuales y familiares que determinan su comportamiento.

Para el análisis de la percepción del sujeto, se parte del concepto de la experiencia del padecimiento, definido por Mercado¹ como aquel fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la *percepción* y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos, íntimamente vinculados entre sí:

- Emocionales: sentimientos, estados de ánimo, sensaciones, estados y alteraciones corporales y cambios físicos, vinculados a la presencia de un padecimiento.
- Efectos o consecuencias ocasionados tanto por el padecimiento como por algunas manifestaciones en la vida diaria de quienes sufren.
- Formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en la vida diaria y su red social más cercana.

En este estudio retomando lo anterior, tratamos de hacer una descripción de las percepciones de los individuos sobre los factores individuales que favorecen el descontrol de la Hipertensión Arterial, para comprender y darle una respuesta a lo que acontece en su realidad e interpretar lo que los propios individuos han experimentado en su vida cotidiana.

Cualquier interpretación que hagan los propios sujetos enfermos acerca de su padecimiento, la mayoría de las veces, los trabajadores de la salud la consideran inválida para explicar la enfermedad; sin embargo si se toman en cuenta estas alusiones subjetivas, se podría entender mejor porque en algunos enfermos no se logran los resultados esperados con el tratamiento.

A lo largo del desarrollo del trabajo, se tiene un acercamiento con los servicios de salud, que no puede pasar desapercibido, sin embargo, es importante mencionar que no se trata de evaluar al sistema de salud.

Las enfermedades crónicas tradicionalmente se han visto desde la perspectiva de los proveedores de los servicios de la salud, en este estudio se hace una mirada del padecimiento y los factores relacionados con el descontrol, desde quienes padecen hipertensión, para lograr una mayor comprensión e intentar construir la trayectoria del mismo; para la cual se tiene en cuenta la definición de Strauss, en donde se destacan no sólo cómo se entiende el padecimiento y su impacto, sino también la organización que hacen sujetos.¹

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas de más alta prevalencia en los adultos, casi el 25 % de la población mexicana de 20 a 69 años de edad presenta esta patología. Lo que es más grave es que por cada diez mexicanos que se saben hipertensos, 14 lo ignoran.² Es considerado el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales; por consiguiente, constituye un problema de salud prioritario con enormes repercusiones sociales y económicas. En México las enfermedades crónico – degenerativas constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en la población adulta y se clasifican como enfermedades emergentes.

¹ Trayectoria del padecimiento, se refiere al curso del padecimiento; no solo a los aspectos fisiológicos de la enfermedad sino sobre todo a la organización total del trabajo hecho a lo largo del curso del padecimiento, así como el impacto ocasionado sobre los involucrados y su organización.

La atención a personas con enfermedades crónico-degenerativas en descontrol es uno de los problemas principales que enfrenta el personal de los servicios de salud y las enfermeras en su práctica diaria no pueden pasar por alto o permanecer indiferentes ante esta situación, ya que las consecuencias del descontrol, pueden afectar aspectos tanto físicos como psicológicos, familiares y laborales.

Este trabajo, sobre las perspectivas de quien padece una enfermedad crónica (Hipertensión Arterial), se ubica en un contexto rural conocido como La Taponá, Ríoverde, S. L. P. El interés de realizar este estudio surge a raíz del reconocimiento de la existencia de sujetos enfermos en descontrol, la mayoría de los cuales se encuentran en edad productiva y/o son pilares fundamentales de la familia..

En el presente trabajo se presenta la problemática central que trata de responder el estudio; los objetivos; los materiales y métodos utilizados para su realización; resultados; conclusiones, limitantes y recomendaciones. Mostramos la forma como se desarrolló el estudio a partir de la identificación de la problemática, el contexto en que viven los sujetos estudiados y las características demográficas, económicas y sociales que pudieran tener mayor relevancia para explicar la percepción sobre el padecimiento y las experiencias que les han permitido darle un significado, en el que la sintomatología juega un papel importante. Finalmente presentamos la perspectiva acerca de los factores atribuibles al descontrol.

Las conclusiones se basan en los resultados obtenidos, reflejan como los sujetos tienen experiencias particulares y únicas vinculadas con su padecimiento. A medida que han vivido con él, se les presentan situaciones dentro del contexto que les ayudan a describir los factores que influyen en su descontrol.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México atraviesa por una transformación en sus ámbitos social, político y demográfico, asociada a los movimientos migratorios y a la aculturación que trae implícitos cambios en el contexto, el ambiente y la ocupación y ha influido de alguna manera en el perfil de salud de la población.

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud de México 2001–2006,² las enfermedades crónico degenerativas se clasificaron como Emergentes porque incrementaron a tal grado su magnitud que lograron desplazar a las enfermedades infecciosas que antes ocupaban los primeros sitios de mortalidad y constituyen las causas de morbilidad y mortalidad más importantes para la población adulta; este incremento se explica por los cambios demográficos, el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien la padece porque no se diagnostica oportunamente y puede cursar asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.³

Las complicaciones más frecuentes de este padecimiento son las enfermedades cerebro vasculares, las cardiopatías isquémicas y las insuficiencias cardíaca y renal, de éstas, las enfermedades cerebro vasculares se clasificaron en México entre las primeras 5 causas de mortalidad en el año 2000.² La hipertensión arterial no es privativa de áreas urbanas y de poblaciones de mayores recursos, ya que cada vez es más frecuente en áreas rurales y en poblaciones pobres.

Para enfrentar esta problemática, en México, desde hace varios años, se han desarrollado acciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de

grupos en riesgo, en instituciones de asistencia en salud, principalmente públicas (IMSS y SSA). Sin embargo y a pesar de la cuantía de los recursos utilizados y los esfuerzos del personal operativo, los resultados no han sido satisfactorios.

En el año 2000, según datos de la Secretaría de Salud (SSA) de México,⁴ se registraron 29 737 casos de Hipertensión Arterial en el país con una tasa de 297 por 100 000 habitantes y en San Luis Potosí se reportaron 10 257 casos, con una tasa de 424 por 100 000 habitantes, es decir, por arriba de la tasa nacional, lo cual muestra la magnitud del problema que pone en riesgo la vida del individuo.

Así como es una de las primeras causas de morbilidad a nivel nacional, la mortalidad por este padecimiento también se encuentra en los primeros sitios debido a las complicaciones que conlleva, entre ellas encontramos en 2º lugar las enfermedades Isquémicas del Corazón con 43 753 defunciones y una tasa de mortalidad del 43.94 por 100 000 habitantes, en el 4º lugar las enfermedades cerebro vasculares con 25 378 defunciones y una tasa de 25.48 por 100 000 y en 11º lugar las enfermedades hipertensivas con 9 747 muertes y una tasa de 9.79 por 100 000, al comparar los datos se observa que el problema no sólo es grande (altas tasas de morbilidad) sino también grave (alta mortalidad).⁵

Estas cifras de mortalidad sugieren que no se está logrando el propósito del tratamiento y control de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana que estipula que lo principal es evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa.⁶ Además, los datos anteriores sugieren que no se está alcanzando la meta principal del tratamiento que consiste en lograr una presión arterial menor de 140/90 mm de Hg y en el caso de las personas con diabetes, mantener cifras menores de 130/85 mm de Hg.

La mortalidad y las complicaciones pudieran explicarse por fallas existentes en el programa, tales como falta de recursos humanos, físicos y económicos o por fallas

del propio paciente como son la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico, son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí.

En años anteriores se han realizado estudios que muestran los factores que influyen para el cumplimiento de la terapéutica por parte de los enfermos, tal como se menciona en el estudio de la prevención secundaria de los accidentes cerebrovasculares.⁷ Otros trabajos que reportan las experiencias de vivir con enfermedades crónicas, se centran en la perspectiva de los sujetos enfermos sobre los servicios de salud.⁸

El potencial patogénico del descontrol de la Hipertensión Arterial es un mayor riesgo de complicaciones y muerte, que puede estar afectado por las experiencias previas del enfermo, sus saberes, su convivencia y acercamiento a otros enfermos, a los profesionales y al personal de salud. Es conveniente que reconozca su padecimiento e identifique los trastornos que implica, ya que la aceptación o rechazo del padecimiento favorece o no la adopción de medidas para su control. Según Mercado¹ "existen numerosas evidencias que sugieren que no es posible seguir sustentando la idea de que todos los sujetos enfermos organizan, viven o se preocupan por sus trastornos de la misma forma, ni comparten los mismos efectos a lo largo del tiempo; en otras palabras, no se cuenta con elementos para afirmar que tienen trayectorias semejantes a una misma clase o grupo social".

El contacto con enfermos hipertensos descontrolados no pasa desapercibido para el personal de salud (son enfermos conocidos que se encuentran en tratamiento farmacológico y/o forman parte del club de hipertensos) y las consecuencias de su descontrol pueden afectar aspectos tanto físicos, como psicológicos, familiares y laborales; sin embargo, este personal desconoce la percepción del enfermo sobre su padecimiento y planea su atención con base en las normas establecidas o los conocimientos adquiridos durante su formación profesional.

El conocimiento del padecimiento desde la perspectiva del otro, le permitirá al personal de salud mejorar sus actividades de orientación y tratamiento y a su vez coadyuvará a mejorar la calidad de vida de los enfermos. Es importante resaltar que no se trata de evaluar si se cumple con la Norma Oficial Mexicana, sino describir la percepción del enfermo sobre su padecimiento y los factores que influyen en el descontrol.

La Secretaria de Salud atiende población abierta y lleva a cabo diferentes programas preventivos y curativos, entre ellos el control y tratamiento de pacientes hipertensos. El IMSS Oportunidades es la institución encargada de atender población rural marginada en todo el territorio nacional. En el área de cobertura de IMSS Oportunidades del municipio Rioverde, SLP, hasta el año 2002 se tenían registrados un total de 636 pacientes con hipertensión arterial, de éstos, 87 (13.7%) se encontraban en descontrol, es decir, con cifras de presión arterial por encima de 140/90 mm de Hg. Se desconocen los factores que se relacionan con tal descontrol.

El interés de realizar este estudio en esta zona, surge a raíz del reconocimiento de la existencia de sujetos enfermos en descontrol; así mismo de las diversas características de la población objeto de estudio como: situación demográfica, nivel socioeconómico, múltiples roles ocupacionales y de género, entre otras, las cuales repercuten en las experiencias vividas ante la enfermedad y por ende, en la perspectiva de los enfermos acerca de los factores que se relacionan con el descontrol.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la perspectiva del enfermo acerca de su padecimiento y los factores que influyen en el descontrol del mismo?

2. OBJETIVOS

- Describir la percepción del enfermo hipertenso acerca de la evolución y descontrol de su padecimiento.
- Describir la percepción del enfermo acerca de los factores individuales que favorecen el descontrol de su Hipertensión Arterial.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de investigación.

El presente estudio es de tipo cualitativo, su principal característica es captar la realidad social a través de los ojos de la gente, es decir a partir de la percepción que tiene las personas estudiadas de su propio contexto; busca describir la realidad con base en sus experiencias, conocimientos y valores que guían sus acciones.⁹ Es de corte etnográfico “se entiende como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, se persigue la descripción de carácter interpretativa de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado”.¹⁰ En este estudio se describen las percepciones de los enfermos acerca evolución de su padecimiento en un contexto social específico (Comunidad La Taponá) y los factores que pudieran influir en su descontrol.

3.2 Selección de los participantes.

Para la selección de los participantes en el estudio se utilizó un muestreo teórico de tipo homogéneo;¹¹ para conocer a este grupo de personas se consideraron aquellos enfermos que tuvieran características semejantes como: haber sido diagnosticados hipertensos antes del año 2003, que estuvieran bajo tratamiento farmacológico y que presentaran cifras persistentes de presión arterial mayor de 140/90 mm de Hg. De los registros de la unidad se identificaron 35 personas con diagnóstico de Hipertensión, de los cuales 16 presentaban descontrol.

Para clasificar el paciente en descontrol, se tomó en cuenta la definición de paciente en control establecida en la Norma Oficial Mexicana 030 de 1999, que establece que los casos en control son los pacientes hipertensos bajo tratamiento en instituciones del Sistema Nacional de Salud que presentan de manera regular cifras de presión arterial menor de 140/90 mm Hg (sistólica/diastólica).⁶

Los participantes fueron seleccionados de un registro de 10 enfermos citados a la casa de salud, de los cuales, el primer día se reunió un grupo de 6 personas, a

quiénes se les explicaron los objetivos y su participación en este estudio; aceptaron participar 4 sujetos con quienes se acordó el horario para las entrevistas. En la segunda visita, acudieron otras dos personas, con disposición a participar, por lo tanto, se definieron conjuntamente las fechas de la entrevista.

3.3 Procedimiento para la obtención de los datos.

Para obtener la información, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, durante los meses de mayo y junio del 2003. Antes de iniciar la entrevista se solicitó a cada uno la autorización para participar en el estudio y grabar la conversación; esta autorización fue de manera verbal. Se utilizó una guía de entrevista (Anexo 1) que incluía los siguientes temas: vida del enfermo antes de diagnóstico de hipertensión, conocimientos sobre la enfermedad, actividades diarias, interpretación de la enfermedad, medidas para cuidar la salud, descontrol de la enfermedad, repercusiones físicas, sociales, laborales y red familiar de apoyo. La entrevista fue dirigida siempre por la misma persona y la observación fue realizada por la otra investigadora, quien se encargó además de facilitar el material y equipo de audio para la grabación durante la entrevista.

Las primeras 3 entrevistas se realizaron en la casa de salud y las 5 restantes fueron en el domicilio de cada persona, para evitar distracciones e interrupciones; ya que en las primeras entrevistas acudieron otras personas a solicitar consulta. Las que se realizaron en el hogar, además de obtener la información contenida en la guía, sirvieron para conocer en forma más directa las condiciones de los participantes y así describir su contexto. La duración de cada entrevista osciló entre 45 y 60 minutos.

En total se hicieron 4 visitas a la localidad, 8 entrevistas (en promedio 2 por día). Se consideró efectuar sólo 2 entrevistas consecutivas a 2 de los participantes con la finalidad de ampliar algunos temas tratados en la primera entrevista. El total de participantes en este estudio fueron 6: 4 de sexo femenino y 2 del sexo masculino, con edades entre los 32 y 69 años, se definió que este sería el tamaño de la muestra, en primera instancia porque fueron los que aceptaron participar en el

estudio y finalmente, una vez realizado el análisis de las entrevistas se observó que la información empezó a repetirse considerándose la saturación de datos.

3.4 Análisis de los datos.

El análisis preliminar de los datos se realizó después de cada visita a la comunidad. Se examinaban los datos obtenidos con relación a lo establecido en la guía de entrevista. Una vez recabada la información se comparaba con las entrevistas anteriores, se analizaban los datos y se definía si se concluía con el trabajo de campo.

Para las transcripciones se utilizó un procesador de textos (Word); se realizaron al término de cada 2 entrevistas, lo cual permitió analizar la información obtenida e identificar los temas relacionados con el objeto de estudio; se imprimió el material para facilitar el manejo y la organización de la información. La codificación de los datos se realizó de manera manual en el texto de las entrevistas para obtener las categorías y subcategorías que facilitaron la interpretación y el análisis de los datos, proceso en el que se descubrieron todos aquellos elementos comunes y diferentes que tienen los participantes ante el padecimiento. Se creó una base de datos, lo que facilitó la construcción de una matriz conceptual por categorías (anexo 2) para finalmente, analizar e interpretar los resultados.

3.5 Aspectos Éticos.

Para la realización del presente estudio se consideraron los aspectos éticos legales establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud publicado en el Diario Oficial en 1986. El Art. 13 marca que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.¹² Cabe mencionar que antes de proceder al trabajo de campo se solicitó la autorización a las dependencias donde se efectuó el estudio y a los sujetos a investigar.

Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo, ya que no se manipuló ninguna variable, ni se realizó intervención directa con los individuos que participaron y está de acuerdo con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.¹²

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación con base en las entrevistas individuales realizadas. En primer lugar se hace una descripción del contexto donde se encuentran inmersos los sujetos estudiados y las características generales de los mismos, en segundo lugar se describe la forma cómo los enfermos perciben su padecimiento y por último, la forma como describen su descontrol y los factores que lo favorecen.

4.1 Descripción del Contexto

4.1.1 Características de la Comunidad

Este trabajo se ubica en un contexto rural específico, la comunidad de La Tapona perteneciente al municipio de Ríoverde, San Luis Potosí, el cual tiene las siguientes colindancias: al sur con la comunidad el Curandero, al este la Escondida, al oeste San José de Gallinas y al Norte con el Paradero de la Tapona. La distancia entre la comunidad y la cabecera municipal de Ríoverde es de 23 Km. aproximadamente.

El medio de transporte que utilizan para desplazarse hacia Ríoverde son las llamadas peceras (una camioneta Ben y un microbús), los horarios son de 8:00, 13:00 y 18:00 horas. Si los habitantes desean salir de la comunidad fuera de estos horarios, sus alternativas son caminar hasta la carretera nacional o bien pedir un "aventón" a cualquier vehículo particular que en ese momento salga de la comunidad.

La comunidad de La Tapona es una de las tantas que existen en México, sus características son similares a otras, aun no cuentan con todos los servicios públicos, el agua intradomiciliaria es abastecida por un pozo que se encuentra en la misma comunidad, el cual logra abastecer al 100% de la población; la energía eléctrica cubre al 95 % de las viviendas; con respecto al drenaje, existen fosas sépticas y

letrinas. Las calles aun no son pavimentadas y en épocas de lluvia se tornan un poco intransitables.

Las viviendas son características del área rural, se entra por el zaguán, a los lados están los cuartos, en la parte posterior o anterior se encuentra el patio o corral asignado al cultivo o al cuidado de una variedad de animales domésticos como gallinas, perros, gatos, vacas, caballos, cerdos y aves. La cocina y el baño se encuentran separados de las habitaciones y se comparten en caso de una familia compuesta. Las casas se encuentran concentradas, son pocas las que se encuentran retiradas de unas a otras; existe una diversidad de material en la construcción de las viviendas como son: adobe, ladrillo, block y madera.

La organización social está representada por el comisariado ejidal y 2 jueces auxiliares, así como otros personajes que, de acuerdo a su función, asumen el liderazgo, tales como los integrantes del Comité de Salud o del Comité de Educación y la Asistente Rural de Salud.

Los eventos sociales más sobresalientes son la Semana Santa, el 3 de mayo (fiesta patronal), 10 de mayo (día de las Madres), 1 y 2 de noviembre (día de todos los Santos), 24 de diciembre (Navidad) y 31 de diciembre (Año nuevo). La religión que predomina es la católica. Los lugares de reunión con los que cuentan son el salón de usos múltiples, la casa de salud y la iglesia, los cuales son utilizados en diversos periodos del año.

El número de familias que existe en este lugar es de 139, con 605 habitantes; la composición de las familias es de tipo nuclear y compuesta. Es un grupo de personas que han vivido toda su vida en esta comunidad; coinciden en diversos aspectos como: conocimientos, creencias, ocupación, hábitos alimenticios, vestido y enfermedades.

Las ocupaciones más frecuentes en los hombres son jornalero y agricultor, unos pocos se dedican al comercio. Las mujeres realizan actividades domésticas como tortear, barrer, hacer de comer, lavar ropa o trastes y atender a los animales domésticos, estas siguen un ritmo bastante homogéneo de lunes a domingo y son intercaladas con las actividades recreativas o de relajación, que los participantes describen como “*tejer carpetas o colchas, coser, salir a caminar, leer la Biblia, regar sus plantas y acudir a eventos religiosos.*” Los principales proveedores y jefes de familia son los hombres, aunque no es nada extraño que los hijos mayores participen en el aporte económico.

Una característica de esta comunidad es la migración de algunos de sus habitantes a lugares aledaños, a otras ciudades o bien a otro país (Estados Unidos), en busca de un ingreso mayor. Muchas de las familias han experimentado las implicaciones que conlleva la migración de los integrantes del núcleo familiar -hijos, esposo, hermanos, ya que muchas veces es la única alternativa para mejorar el ingreso económico; pero se originan múltiples sentimientos y efectos emocionales aunque exista comunicación constante.

4.1.2. Características de los Participantes

Para lograr conocer y entender mejor a la población estudiada es necesario complementar las características colectivas con una breve descripción individual, donde se resaltan aquellos aspectos o situaciones que hacen únicos a los participantes y que probablemente podrían influir en la manera de vivir día a día con la hipertensión.

Con la intención de conservar su privacidad y anonimato se identificaron los participantes con la palabra entrevista, un número de 1 a 6 y la primera letra del seudónimo.

Entrevista 1 J. 68 años, casada, con 7 hijos, actualmente vive con su cónyuge quien padece de diabetes, y la familia del menor de sus hijos; en esta comunidad se

encuentra otra de sus hijas, casada, el resto radican en los Estados Unidos, ellos se comunican a través de llamadas telefónicas y vienen de vacaciones o ella y su esposo acuden a visitarlos una o dos veces por año y durante un periodo de 15 días, los cuales, sin lugar a dudas, son momentos inolvidables según lo narra esta participante. La convivencia con su red familiar más cercana la define como "buena, que no tienen problemas, no pelean y todo va bien". Esta familia cuenta con tierras de cultivo y animales domésticos que son atendidos por la paciente, su cónyuge o su hijo, que los apoya ocasionalmente. Su ingreso económico es aportado por su cónyuge y en ocasiones por sus hijos. El diagnóstico de hipertensión se realizó 2 años antes de la entrevista.

Entrevista 2 P. 67 años, viuda, con 5 hijos, en la actualidad su nuera y nietas viven con ella; la mayoría de sus hijos viven en Estados Unidos, con todos mantiene un contacto regular, sólo con uno de ellos no ha podido comunicarse ya que no tiene el domicilio, ni el teléfono, esta situación la inquieta de manera importante. Las tareas del hogar se dividen entre su nuera y ella; la paciente se encarga de cuidar los animales (vacas y perros) Con respecto a la hipertensión, fue diagnosticada hace 18 años.

Entrevista 3 M. 33 años, casada, su núcleo familiar lo conforman sus 5 hijos adolescentes y su esposo (padece de HTA) quien viaja por temporadas a Estados Unidos por cuestiones de trabajo, para obtener una mejor ingreso económico; tiene un hijo que también radica en ese país y se contacta con ellos a través del teléfono; sus hijos menores le generan preocupación "*o cuidado cuando salen de su casa por lo que les pueda suceder*". Cuando su esposo viaja, ella se queda a cargo de la familia, es "papá y mamá". La convivencia con su red familiar la define "*como muy bien*". Hace 1 año que le diagnosticaron hipertensión.

Entrevista 4 P. 32 años, tiene 5 hermanos, es él mas joven del grupo, soltero, vive con su papá, su mamá falleció hace tiempo, algunos de sus hermanos viven en la comunidad y los otros en Estados Unidos, ellos los apoyan económicamente, su

papá es jornalero y trabaja sus tierras. Este participante abandonó su trabajo debido a las consecuencias que la enfermedad le ocasionó (dificultad respiratoria ante el esfuerzo); en ocasiones trabaja como jornalero o en otras actividades domésticas, ya que por su enfermedad refiere sentirse mal a ciertas horas del día. La convivencia con su red familiar la describe como buena, ya que ellos lo apoyan. El diagnóstico de hipertensión se lo hicieron hace 4 años.

Entrevista 5 L. 68 años, viuda, tiene 7 hijos, actualmente vive con su hijo y sus nietos quienes la apoyan en lo económico y en situaciones difíciles. Sus otros hijos están en Río Verde, México y Estados Unidos; ellos se comunican a través de llamadas telefónicas, vienen de vacaciones o bien cuando ella viaja por periodos de uno a dos meses, una o dos veces por año. La convivencia con su red familiar más cercana, la define como *"más o menos bien"* ya que no existen conflictos familiares. Las actividades domésticas las comparte ocasionalmente con su nuera. En sus periodos de descanso acude a la iglesia o visita a sus familiares más cercanos. Su enfermedad fue diagnosticada hace 8 años.

Entrevista 6 J. 54 años, casado, con 13 hijos, vive con su esposa y 3 hijos adolescentes, el resto de sus hijos están en Estados Unidos y en Guadalajara. La convivencia con su red familiar más cercana la define como *"más o menos"* aunque la comunicación pareciera no ser suficiente, ya que refiere *"que sus hijos que viven en Estados Unidos, no saben que padece de presión alta, no está bien que ellos se preocupen por mí, como ahorita tardan mucho para irse para allá y luego que se regresen para acá, está difícil"*. Se dedica al jornal y a otras actividades como atender sus tierras y animales (vacas). En ocasiones sus hijos lo apoyan económicamente. Le diagnosticaron hipertensión hace 4 años.

4.2. Percepción de los Enfermos Acerca del Padecimiento

En este apartado se describen las percepciones que tienen los enfermos, con relación a su padecimiento. Se inicia con la experiencia de sentirse enfermo, donde se alude a las significaciones que le dan a la enfermedad y a la trayectoria del padecimiento desde su propia perspectiva.

Es necesario retomar la diferenciación entre enfermedad y padecimiento para describir lo que los sujetos han experimentado; Según Mercado, el termino enfermedad, da cuenta del concepto construido por la biomedicina para aludir a las anomalías en la estructura y/o función de los órganos o sistemas, así como los estados patológicos, sean o no reconocidos culturalmente; en cambio se hace alusión al padecimiento para dar cuenta de cómo los sujetos y/o los miembros de su red más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la misma.¹³ Cada sujeto enfermo percibe los cambios orgánicos o corporales, así como también las modificaciones que trae implícito el propio padecimiento en las dimensiones laboral, social y emocional.

4.2.1. La Experiencia de Sentirse Enfermo.

El padecimiento es asimilado y vivido de manera diferente por cada uno de los enfermos, esto podría deberse a sus características individuales, tales como edad, sexo, ocupación y estado civil; a los recursos que poseen para hacer frente a la enfermedad y a las características del propio padecimiento.

Ante la amenaza de que el padecimiento perturbe el mundo de su vida diaria, los individuos tienden a buscar y encontrar respuestas, a denominar o darle sentido a lo que les pasa a fin de entender su realidad. En estos enfermos hipertensos la experiencia comienza cuando prestan atención a una serie de cambios y/o alteraciones corporales y emocionales que ordinariamente pasaban desapercibidos o eran consideradas parte de los procesos normales, se trata casi siempre de cierta sensación en la cual las funciones y actividades diarias se ven obstaculizadas en su desempeño habitual, tal como lo expresan los informantes:

"...Cuando ya vi que si estaba mal, me quería levantar y allá voy para el otro lado, bien, como le dijera yo, como que tenía la cabeza muy grandota y miraba así como que empezaba a dar vueltas y vueltas y cerraba un rato los ojos y me los apachurraba y duraba un buen rato así, ya luego me pasaba, ya me levantaba y empezaba a trabajar a hacer mi quehacer..." Entrevista 1 J.

"...Yo todo el tiempo fui enfermizo, cuando me alivié de mi mamá, estuve en la encubadora 15 días, dice mi papá que desde chiquito fui enfermizo, yo desde chiquito no fui bueno, de ahí poco ando trabajando, pero no ha sido fácil".
Entrevista 4 P.

Las prácticas del individuo en diferentes instituciones sociales como la familia, la escuela, las instituciones de salud, van construyendo la subjetividad del enfermar involucrando diversos factores psicosociales.¹⁴ Los factores sociales, culturales y psicológicos y la sintomatología, desempeñan un papel importante y a veces decisivo, en el modo como el enfermo define su situación y consecuentemente, en la toma de decisiones, así mismo, en la forma en que el individuo tiende a responder a la enfermedad y su curso evolutivo y por tanto, en la adherencia al tratamiento. La enfermedad puede ser la misma, pero los sujetos pueden vivirla de forma distinta, según las circunstancias sociales, las experiencias tempranas con la enfermedad, el grado de fortaleza, las creencias y los valores.

La sintomatología juega un papel importante en estos enfermos ya que su presencia o ausencia les permite definir su estado de salud-enfermedad. Los trastornos, manifestaciones o síntomas, o sea, las experiencias generadas a causa de la Hipertensión Arterial, en ningún momento se identifican como expresiones de una determinada alteración orgánica – patológica, sino más bien como expresiones de una serie de cambios, problemas o conflictos en su vida diaria.

La expresión "sentirse bien" como sinónimo de estar sano, significa "no tener molestias cuando se está o se siente bien"; se relaciona principalmente con la

actividad física, con "poder hacer" o "no poder hacer cosas"; como se señala a continuación:

"...Ahorita de la presión yo me siento bien, porque... pues el otro día estaba mala, yo no podía hacer nada, porque sentía mareos, así muchos y pues, duele así... todo el cuerpo, luego algún tiempo estuve más mala y me llevaron a checar allá en México con un médico, me recetó y me dio medicina y me compuso, así que ahorita estoy bien..." Entrevista 5 L.

Para los participantes el enfermar lo describen como "sentirse mal" y más que asociarlo a una alteración física, lo relacionan con la vivencia cotidiana y problemas en su entorno, manifestándose como sentimiento de malestar. El sentirse enfermo es parte de un proceso que cada individuo realiza para darle sentido y hacer más manejables las experiencias nuevas e inestables; es decir, una vez que el enfermo experimenta esta situación comienza a enfrentarse a los cambios en su vida diaria, como se describe a continuación:

"Una vez se me fue el muchacho a Ríoverde y no llegó en toda la noche, me levanté 3 o 4 veces y nada, ya en la mañana cuando me levanté me fijé en su cuarto y nada y dije: ¿Este muchacho dónde se quedó? Ya le hablé a mi otro hijo y él me dijo: por ahí ha de andar. El Omar vino a buscarlo y eso me preocupó. Ese día todo el día estuve acostada porque me sentía muy mal, pero yo pienso que del cuidado que no estaba en la casa..." Entrevista 3 M.

"Yo comía de todo y nada me hacía mal, de ahora que estoy enferma ya nada es igual". Entrevista 3 M.

Según las expresiones de estas personas, podría suponerse que siguen considerando a la salud como ausencia de síntomas, aunque ninguno de los entrevistados utilizó la palabra sano, sino más bien la de "sentirse bien o estar bien"; y a la enfermedad como "estar mal o sentirse mal", resultado de sus sentimientos y

emociones, de la alteración que sufrirá su rol social y familiar y con menor frecuencia debido a una afectación física.

El curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social en los enfermos; éstos deberán adaptarse a las nuevas condiciones para el resto de su vida¹⁵. Los cambios vividos en torno al padecimiento en estos participantes coinciden con las características de la situación de la enfermedad de Lain Entralgo¹⁶ citado por Llor Esteban B y Abad Mateo M.

- La situación de enfermedad produce siempre algún grado de invalidez. El sentimiento de *invalidez* es manifestado por la imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana, como realizar su que hacer o trabajar, y así lo expresan:

“Lo que ya no puedo hacer es barrer, como que la cabeza me crece más cuando ando empinada barriendo, lavo en el lavadero, poquito, porque mucho empinada no puedo andar...” Entrevista 5 L.

- Siempre existe una situación de malestar en forma de dolor, sufrimiento o molestia. El Malestar lo viven como la afectación y funcionamiento corporal, dolor, sufrimiento y molestia, así lo menciona:

“...Me siento todavía mal, no deja de dolerme la nuca y los pies los traigo muy cansados, como que se me quieren desganzar, como que no tengo aquí fuerza en la rodilla, los traigo pesados ...” Entrevista 1 J.

- Amenaza. La enfermedad tiene un componente de amenaza en el sentido psicológico, bien de muerte biológica o biográfica, ya que la enfermedad impide realizar ciertas acciones de futuro, como lo comentan:

"...Me da bastante cuidado que tenga la presión, digo ¡válgame Dios! Oigo decir yo que la gente se muere en un ratito, Virgen Santísima pos cuídame! Porque hacemos falta aquí". Entrevista 1 J.

- La enfermedad vista como un recurso. Para muchas personas la enfermedad puede ser considerada como un castigo, un reto, un desafío y enemigo a vencer, aquí citamos:

"Hasta que Dios diga, si, pues Él es el que nos está mandando, a ver que dice, a ver que aguante tiene, si es que va decir uno, ya con eso, porque hay muchos hay que me voy a dar un balazo, me voy a dar esto otro, pues es que uno ya no quiere vivir se siente uno malo, no yo no pienso eso, yo digo no ya hasta que Dios, nos está mirando a ver que aguante tiene uno, ¿si?"
Entrevista 4 P.

En los participantes hay una diversidad de expresiones que dan cuenta de lo que han experimentado desde el inicio del padecimiento aunque no contaran con un nombre específico para definirlo y no tenían un diagnóstico preciso. Los enfermos se preguntaban día tras día: "¿qué tendré? ... sólo Dios...", "quien sabe que tendré", por lo que la toma de decisiones para el afrontamiento, en algunos casos, fue tardía.

4.2.2. Trayectoria del Padecimiento

La trayectoria del padecimiento, más que considerarla como el curso, desarrollo o historia natural de la enfermedad, según la biomedicina y muchos trabajos socio médicos, se asume como aquel proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte, incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efectos a corto y largo plazo, tanto en el individuo enfermo como en quienes le rodean a causa del padecimiento.¹³

En este sentido nos interesa dar cuenta de las experiencias que viven los enfermos a lo largo de la trayectoria del padecimiento, es decir como percibe las manifestaciones,

los efectos ocasionados en su vida diaria y las interpretaciones que este realiza en torno a la misma. Cada sujeto tiene experiencias particulares y únicas de su padecimiento y durante la evolución del mismo, la percepción que este realiza dependerá de las circunstancias con su entorno y a los cambios en su vida cotidiana.

Cuando empecé a sentirme mal.

El enfermo necesita atribuir la enfermedad a causas concretas porque así disminuye la incertidumbre y aumenta la sensación de control. Por sus creencias sobre las causas del padecimiento, el enfermo puede sentirse culpable o culpar de su padecimiento a otras personas, a las circunstancias o al destino. Así lo expresan:

“...Desde cuando empecé de esta presión fue de un susto con un yerno, se nos metió aquí a la casa, nos tumbó las puertas, yo estaba dormida, desperté en esa hora y él bien borracho haciendo cosas y desde entonces estoy mala, desde entonces no he sido buena yo”. Entrevista 1 J.

Otra de las participantes menciona: *“Cuando me casé, no la padecía esa enfermedad, no hace mucho que la padecía, porque yo no la padecía, nada más fue de una vez que se llevaron a mi chamaco a la cárcel, al mes siguiente fui con la doctora a Labor Vieja y me dijo que traía la alta presión, nada más por eso”. Entrevista 3 M.*

En algunos casos los enfermos consideran a la enfermedad como un castigo divino o como una prueba,¹⁶ lo que les lleva a aceptar resignadamente su situación sin hacer nada para superarlo. Como nos comentan:

“Pues estar ahí sufriendo, ya cuando Dios diga: hasta aquí. Como dice Él: la vida nada más la tenemos prestada por un rato, hasta aquí te la presté y ya cuando uno se enferma, ya que espera uno, más que tener paciencia, no más”. Entrevista 4 P.

En los entrevistados se identificó que atribuyen su enfermedad a causas externas que no pueden controlar y en la mayoría de las veces pueden ser inevitables, por ejemplo:

“Luego mi esposo murió y no, ya entonces fue ahí, fue cuando yo empecé con esto, ¿verdad? por eso de ahí fue donde empecé, porque antes, también había muerto mi papá, pero no, ¿verdad?, siempre me controlaba otra vez, pero de ahí ¿verdad? fue cuando duré un tiempo, fue cuando ya le digo que necesitaba ir con el médico y que me checara, hasta que estuve más mala, fue cuando fui a Labor Vieja”. Entrevista 5 L.

Para cada entrevistado la causa que originó su enfermedad es específica e intransferible. Sin embargo, de acuerdo a las referencias textuales la hipertensión es de etiología desconocida, es probable que se deba a una combinación de factores, los cuales se dividen en modificables y no modificables, con base en el riesgo de presentar o modificar la enfermedad. Los factores de riesgo no modificables son: antecedentes familiares, sexo y edad.¹⁷

Los participantes no relacionaron sexo y edad como factores de riesgo. Algunos reconocen la existencia de la hipertensión arterial en familiares cercanos; sin embargo, no identifican el factor hereditario como causa específica para el desarrollo de su enfermedad, sólo uno de los participantes, menciona:

“Creo yo que la presión puede ser hereditaria”. Entrevista 6 J.

Entre los factores modificables se encuentran la obesidad o sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, la ingesta excesiva de sal, el sedentarismo y el estrés emocional.¹⁷ Las personas entrevistadas dejan de lado aspectos como la obesidad, la dieta, el tabaquismo y el alcoholismo como causas atribuibles al desarrollo de su enfermedad; no se perciben como obesos o con sobrepeso a pesar de que al revisar

los registros clínicos de la unidad se encontró que eran clasificados y observados como tal.

Para todas las personas entrevistadas, la hipertensión es producto de una o múltiples experiencias emocionales intensas ocasionadas por los problemas que han enfrentado a lo largo de su vida; en este sentido manejan una concepción sobre causalidad de naturaleza psicosocial, relacionada con las causas directas en la trayectoria de la enfermedad. El estrés es considerado multicausal y se asocia a los incidentes de la vida cotidiana descritos como problemas, enojos y preocupaciones, se manifiesta como una respuesta emocional y física ante los estímulos, así lo expresan:

“Yo cuando tenía los niños chiquitos batallaba, pero no como ahora, que se salieran a la calle, que hicieran algo, pero ahora sí. Yo cada que salen es estar pensando en ellos, a que hora llegan”. Entrevista 3 M.

Manifestaciones del padecimiento

Es importante tener en cuenta que la hipertensión es conocida como una enfermedad silenciosa, a menudo asintomática, lo que significa que la mayoría de la población no tiene idea de la magnitud de sus complicaciones; algunos enfermos al inicio de la enfermedad reportan más síntomas que otros o los perciben de manera distinta. Los entrevistados mencionan síntomas inespecíficos antes del diagnóstico, lo que conlleva a la detección tardía y o problemas de automedicación; Así lo manifiestan:

“Me sentía como que traía algo cargado en la nuca, como que me daba mucha sed y no andaba a gusto y no tenía nada de sueño, me acostaba en la noche pero no me dormía, me sentía muy cansada, desganzada..... Me dolía mucho la nuca, me tomaba una pastillita y se me controlaba y no me hacía aprecio hasta cuando ya me fui a curar”. Entrevista 1J.

"...Creo que desde que comencé puede que me agarró un sueño, no más me venía yo a dormir aquí en estos cuartos, no más aquel sueño, aquel sueño día y noche, sacaba un bote de agua para bañarme, para que se me quitara, pero veía más sabrosa la cama, la miraba y purrum, me levantaba, mire con los ojos ansina y pesados de sueño, yo dormida era feliz, ya de tanto dije: voy a ir a la clínica para ver que..." Entrevista 2 P.

Los signos y síntomas de la hipertensión pueden ser propios del aumento de la presión arterial, debidos a la enfermedad vascular hipertensiva y propios de la enfermedad de base, en caso de hipertensión secundaria:¹⁸

- Propios del aumento de la presión arterial: cefaleas localizadas en la región occipital, se manifiestan por la mañana al despertar; aunque remiten espontáneamente en el transcurso de algunas horas. Otros de los síntomas que podría relacionarse son los mareos, palpitaciones y la impotencia. Los entrevistados identifican los siguientes:

"Me agitaba, como que me daban vaguidos, pero yo no lo notaba, porque andaba trabajando, pero yo ya sentía que me ajogonaba mucho cuando íbamos a trabajar". Entrevista 4 P

"Para barrer, para recoger una basura, pues así para empinarme para echarla al traste, pues a mí me dolía mucho la cabeza, como que se me quería caer, así verdad, que no se me cae, pero uno siente eso; como mareos, así, muchos y pues duele así todo el cuerpo, yo estaba muy mal". Entrevista 5 L.

- Debido a la enfermedad vascular hipertensiva, se presentan signos como: epistaxis, hematuria, visión borrosa debida a alteraciones retinianas, episodios de debilidad o mareos por la isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea debida a insuficiencia cardíaca. Los entrevistados los describen así:

"...fui a ver al doctor, yo seguía igual, airienta, nublada la vista, agitada, no me siento bien y hambre no tenía... sentía que traía algo en la nuca y como que me daban vagidos y como que no me daba pero nada de sueño, pero no me dormía" Entrevista 1 J.

- Los entrevistados no manifestaron sintomatología asociada a una enfermedad de base, además en los expedientes no se encontraron reportes de estudios de gabinete y laboratorio para establecer esta relación, ya que no se contemplan dentro de la unidad.

El diagnóstico: Cuando me dijeron que tenía la alta

Ante la amenaza de que el padecimiento trastoque el mundo de su vida diaria y tras haber presentado molestias a lo largo de semanas o meses, los enfermos tienden a buscar y encontrar una respuesta a lo que les pasa, a fin de entender su realidad. El diagnóstico del padecimiento lo hace el personal médico, cuando los enfermos acuden a tratar sus molestias; este momento es decisivo ya que el enfermo decide enfrentar la situación vivida buscando ayuda fuera de su núcleo familiar; como lo expresan:

"No le digo que me sentía cansada, desguanzada, mucho dolor de cabeza, fue cuando ya fui a la clínica a ver que tenía, fue cuando me dijeron que tenía y fue aquí en Labor Vieja". Entrevista 3 M.

El establecimiento definitivo del diagnóstico representa un momento de crucial importancia en la vida de estas personas, casi todos tienen presente la manera de cómo y cuando sucedió. Tal como lo describen, sus experiencias en esta fase intermedia y la idea de padecer hipertensión, se establece a partir de circunstancias distintas, la mayoría llegaron a conocerlo cuando establecieron contacto con el personal de los servicios de salud, así lo manifiestan:

"Ya pues, cuando me dieron el programa Progresas, entonces ya mi mami, fue cuando no quería ir, dije: yo no voy, no me duele nada y aprendí al último que como tienen que ir todos, dije tengo que ir esforzado, ya en Labor Vieja nos checaron, allá que me la jayán ¡Órale! Es que uno piensa que anda bien, pero no, de ahí p'aca fue donde me la jayaron". Entrevista 4 P.

Cuando una persona es diagnosticada o padece una enfermedad crónica, la afección será desigual, dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de éste, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos de los que disponga. Es frecuente que, tras el diagnóstico de enfermedad crónica, el enfermo sienta miedo y quiera negar su enfermedad y más tarde aparezca la ira y la depresión; estas emociones pueden ser beneficiosas y motivar conductas adaptativas, en caso contrario pueden obscurecer el pronóstico de la enfermedad.¹⁵ Así lo expresa uno de los entrevistados:

"Como yo le digo: Yo salía muy gustoso a trabajar pero yo no sabía que estaba enfermo de algo, porque andaba por allá, cuando íbamos a trabajar con el azadón, allá andábamos escarbando y como para estas horas (aproximadamente las 11:00 horas) yo no alcanzaba a respirar, entonces me checaron, me chequé yo y ya pos me dijeron que tenía la alta pero yo no me checaba, pos no! Dije yo. Será porque se cansa uno, pero no, era eso". Entrevista 4 P.

La incertidumbre ante el padecimiento

La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico y/o mental en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte. La trayectoria del padecimiento hacia el control o las complicaciones dependerá, entre otros factores, de su aceptación y su tratamiento, una que vez el enfermo busque apoyo y se le haga el diagnóstico, razón por la cual las expectativas de los enfermos a lo largo de los días son evitar o

controlar algunos efectos o síntomas que la enfermedad les ocasiona; así lo expresan:

"Hasta ahorita me he sentido bien, ahorita ya no estoy mala, hoy yo ya no estoy mala, no ve que le digo que hace días ando bien de la presión, será porque me tomé las pastillas como me dijeron, dos: una en la mañana y otra en la tarde, y a lo mejor por eso me voy controlando más". Entrevista 3 M.

Para algunos entrevistados la enfermedad es controlable y otros la consideran curable, tienen la idea y la esperanza de que tomándose su medicamento y gracias al "apoyo divino", el problema se solucione hacia el control y/o curación, así lo manifiestan:

"...Pues yo pienso que se me va controlar pronto, se me tiene que controlar tomando las pastillas, se me tiene que controlar ya más". Entrevista 3 M.

"...No sé que pensar, estoy pensando ¡ojalá se me quite!, quien quite y ya no me suba más ¡Ay Virgen de Guadalupe!, que ya no me sube y ojalá y se me quite y me componga". Entrevista 1 J.

Estos sujetos deberán adaptarse a las nuevas condiciones en que se ven implicados por el trastorno que les puede durar toda la vida y asumir psicológicamente su rol de enfermo crónico, al respecto comentan:

"Pues hora, ya no más lo que hago, pues casi es pues allí ¿verdad?, en lo que puedo ayudar, poquito ¿verdad?, Barrer, pos... allí... limpiar, poner frijoles, a veces, no siempre, hacer algunas tortillas, me siento mal hacer algo que esté así pesado, mejor poquito ¿verdad? Para estar bien". Entrevista 5L.

Según Parsons,¹⁹ el rol de enfermo corresponde a una serie de derechos y deberes que la sociedad occidental les adjudica: el derecho a ser eximidos de las

responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo, las obligaciones de considerar su estado como indeseable (y por tanto desear mejorar), buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación.

Podría decirse que no todas las personas estudiadas reconocen o identifican su rol de enfermo de la misma manera, ya que esta aceptación parece estar influenciada por muchos aspectos individuales como edad y sexo, o sociales como la convivencia familiar y las relaciones interpersonales con el profesional de la salud, como nos relatan:

"Yo le digo a mi pá` que quisiera andar trabajando, pero no puedo, yo quisiera hacer mi vida normal, pero luego me quisiera mandar solo y hacer solo mis cosas y como dicen mis hermanos, los fregados son ellos. Mis hermanos están mandando para el tratamiento y para irla pasando; yo, como le digo a mi papi que, quisiera andar trabajando, pero no puedo, mis hermanos dicen cuídate!". Entrevista 4 P.

Cuando el enfermo es diagnosticado como hipertenso, su rol social de esposo, padre, madre, hijo o trabajador se ve afectado, lo cual les origina reacciones diferentes como el enojo, la tristeza o el bienestar; para dar cuenta de lo anterior, expresan:

"Que ya no puedo hacer las cosas que hacía antes, me da tristeza y me enojo. Se siente como que uno ya no sirve para nada y uno está impuesto a trabajar, hacer el quehacer y ya, porque uno no hace nada, muchas veces se siente uno sabe como, porque ya no puedo hacer lo mismo que hacía antes".

Entrevista 3M.

" Mis hijos, no saben que yo estoy enfermo de la presión...no se decirles a ustedes cual sea el motivo de no decirles... pues muchas veces es que se

preocupan ellos y siempre no esta bien eso, que ellos se preocupen por mi".

Entrevista 6 J.

El enfermo siente la necesidad de sanar, así como de buscar ayuda en el personal médico, en primer lugar por las molestias que está presentando; en segundo, por las sugerencias que les realizan sus familiares más cercanos y finalmente, por el temor de morir y dejar solos a sus seres queridos.

"Yo no tenia naditita de sueño, ¡ay! Pues que tendré... solo Dios, quien sabe que tendré... y le decía yo a Jerónimo ¿Por qué se me quitará tanto el sueño? No de mucho tiempo.

- Dijo (el esposo,) cuando yo vaya a ver al doctor dígame.

No, entonces me dio mucha medicina.

-Venga a los 8 días luego que se le termine. (le dijo el doctor)

Pos no, seguía igual.

- ¡no pueda ser! Dijo el doctor.

Me hizo unos análisis.

-Dijo (el doctor), sabe que lo que usted trae es la presión muy alta, y le voy a dar medicina.

Y me controlé, pero ¡ándale tú! Ya no volví a ir". Entrevista 1

Experiencias del afrontamiento del padecimiento

Una vez que avanza el padecimiento, los sujetos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento; incluye las formas y modalidades como los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modelos existentes en su medio, así como los recursos materiales y simbólicos disponibles.¹³ Así lo expresan:

"Ya no pienso para no estar mala, como les digo yo, después soy yo la que me estoy muriendo, mejor ya no pienso nada, en veces ya no hago caso ya ni

me enojo con los chiquillos; les digo ya que me enojo, pos si, la enferma voy a ser yo, ellos no. Pero si les da cuidado cuando estoy mal porque yo no más hago, ya cuando siento que estoy mala, voy y me acuesto. Ya están ahí todos conmigo, que estoy mareada. No, en veces ya no aguanto el dolor de cabeza, mejor voy y me compro una pastilla o los mando que me compren una pastilla porque ya no aguanto el dolor de cabeza y como el dolor de cabeza me hace deponer, ya en veces pienso que me harán ojo o quien sabe! Pero yo ya estoy bien mal". Entrevista 3M.

En la búsqueda de apoyo con el personal de salud o con otros medios alternativos, el enfermo quiere encontrar a alguien que concrete su esperanza de curación. La búsqueda de ayuda se relaciona con la forma en que percibe su enfermedad, una vez que acepta que está enfermo, ya que busca hacer frente a la situación vivida, para aliviar los signos y síntomas que trastocan u obstaculizan su vida diaria; por ejemplo, uno de los participantes dice al respecto:

"Me quería levantar y allá voy pa'l otro lado, como le dijera yo... como que tenía la cabeza muy grandota y miraba así, como que empezaba a dar vueltas y cerraba un rato los ojos y me los apachurraba y duraba un buen rato así y luego me pasaba. Ya me levantaba y empezaba a hacer mi quehacer y duré ... pero bastante tiempo así, y no me checaba ni nada. No más lo que me tomaba eran unas pastillas, aspirinas, con éstas como que se me cortaba lo de la cabeza y ya pasaba y ponía a hacer mi quehacer y ya no me hacía aprecio".

Entrevista 1 J.

Según las narraciones, es evidente la multiplicidad de experiencias vividas en relación a la búsqueda, selección y uso de alternativas disponibles en el medio en el que viven, para controlar su hipertensión. En el caso de estos enfermos, por sus orígenes y la influencia del medio es notorio su interés por emplear las alternativas existentes para el control de la hipertensión arterial; se destacan: la utilización de la

medicina tradicional y el apoyo divino, este último es el que más sobresale en las entrevistas, por lo que juega un papel importante desde el inicio de su padecimiento hasta la actualidad, como un aliciente en la curación definitiva de la enfermedad y en todos los ámbitos de su vida diaria, así lo narran:

"...Yo he escuchado que las personas dicen que se cansan de tomarse las medecinas y pues yo, hasta ahorita, no me canso, no me aburro con la capsulita y primeramente Dios, pues puedo seguir adelante hasta cuando el Señor quiera, ¿verdad? Tomando mis cápsulas y si Él todavía me deja aquí".
Entrevista 5 L.

"Mire me tomo las pastillas y también las gotitas que me dio doña Isaac, esas también me las tomo, esas me quitan el dolor la cabeza". Entrevista 3 M.

Otra de ellas menciona: *"...Pues lo que Dios diga ¿no cree? lo que Dios diga, yo no más me tomo la medicina y punto".* Entrevista 2 P.

4.3. Perspectiva del Descontrol y los Factores Relacionados

4.3.1. Descripción del Descontrol

El control y descontrol de la enfermedad es otro de los aspectos con los que los sujetos tienen que convivir tras el diagnóstico y el inicio del tratamiento farmacológico. De acuerdo a la perspectiva de los enfermos, una vez que viven con el padecimiento experimentan ciertas manifestaciones que hacen que puedan definir si están en control o descontrol de la enfermedad, de acuerdo con la sintomatología que presentan sin saber las cifras arteriales que tienen en ese momento; de esta forma, estar controlado significa no tener síntomas, molestias o sentirse bien, así lo expresan:

"Ya cuando se me sube la presión me duelen los ojos, aquí la frente, las manos y los pies, como que me desguanzo, pero es cuando me sube, menos no, estoy bien". Entrevista 3 M.

Pudiera pensarse que por la ausencia de síntomas, los enfermos no ven la razón de asistir a revisión médica y sobre todo cuando se sienten controlados, dada la ausencia de malestar, aun cuando los resultados de la toma de la presión arterial muestren lo contrario. Esta relación entre síntomas y niveles de presión arterial no es clara, en ocasiones el enfermo puede estar presentando cifras tensionales altas y estar asintomático, característico de la hipertensión, como lo narran:

"Hasta ahorita me la están checando, ¿estará bien o estará mal? no le sé decir, yo nunca les he explicado a los doctores y ahorita tampoco les he explicado, hasta hoy que le estoy diciendo a usted. Pero ya le digo: al doctor nunca le he dicho me pasa esto. No. Él me decía.

- (médico)-¿ Como se siente usted de la presión?

- Pues usted chéqueme, yo no le puedo decir porque yo no la siento, yo soy feliz. Ya me la checaba, nada más cruzaba las manos.

-(médico) ¡ay señora! ¿qué hago con usted?

- yo le decía. ¿Qué quiere hacer? Pues nada, usted nada más deme medecina y punto.

-(médico) Es que trae su presión bien alta.

- Pero yo no la siento, usted nada más deme que tomar y es todo, usted no se preocupe por mí". Entrevista 2 P.

Las conceptualizaciones de la enfermedad que realiza el enfermo, en base a la sintomatología, podría ser un factor de riesgo que influye en el descontrol de la enfermedad, ya que cuando la persona se siente mal, implementa medidas como tomarse su medicamento, incrementando o disminuyendo las dosis, sin acudir a valoración médica, por ejemplo nos expresan:

"...Fíjese que ya viendo que la tengo baja, me tomo 2 y 2, pero si veo que me da sueño, me tomo la otra y así..." Entrevista 2 P.

"Pues definitivamente, como yo no siento nada, no pienso nada. Hago mis cosas bien." Entrevista 6 J.

4.3.2. Factores Relacionados con el Control y el Descontrol

La hipertensión esencial no tiene curación pero la aceptación del diagnóstico y el tratamiento pueden modificar su curso; aunque también intervienen otros aspectos diversos como la experiencia de la disminución o exacerbación de la sintomatología al tomar o abandonar su tratamiento y el reconocimiento propio o informado de las consecuencias que conlleva el problema.

La incurabilidad de la hipertensión es uno de sus rasgos centrales; con el tratamiento puede llegar a controlarse, pero en caso contrario, una vez que avanza sin tratamiento, se llega al descontrol y al desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo.

Cuando los enfermos se sienten descontrolados implementan diversas medidas que desde su perspectiva les solucionan en ese momento el desajuste físico, emocional y social que implica la enfermedad; pudiera pensarse que por esta causa dejan de lado medidas como medicación, ejercicio y alimentación, lo cual indudablemente influye en el descontrol de la enfermedad.

"Cuando estoy descontrolado, ando bien desesperado, muy bochornoso, como que me duele mucho la cabeza y me agito y luego me voy ahí, donde venden refrescos y me tomo una coca (mitad coca y la otra mitad le hecho agua), como que me siento bien, la coca un ratito me controla y luego ya más tarde me baño dos o tres bañadas con agua fría y me siento mejor". Entrevista 4 P.

"Lo que Dios diga, yo no más me tomo la medecina y punto, porque yo ya le calé con yerbitas y estuve tomando cola de caballo y alpiste y no hay como la pastillita, porque voy y me la checo y está descontrolada, por eso no hay como la pastillita". Entrevista 2 P.

Los enfermos reconocen que para lograr un apego al tratamiento que favorezca el control de su enfermedad, deben tomar el medicamento y no suspenderlo por ningún motivo, tener accesibilidad a los servicios de salud, para obtener su tratamiento y en caso contrario, comprarlo. Los entrevistados refieren que tienen apego al tratamiento farmacológico por el temor al descontrol y la aparición de signos y síntomas, como comentan:

"Yo compraba de esas Adalat, esas fueron los medicamentos que me dio, con otras medecinas, pero esa fueron las que me controlaron y pues sí, ya se me terminó, volví otra vez y la compré en la farmacia y ya la presión estaba bien controlada. Yo siempre tengo mis pastillas y cuando salgo me las llevo, me tomo mi medicamento y me controlo. A mí si me da miedo que se me suba, porque pues después no me puedo controlar, por eso no me la dejo de tomar, porque luego ya me siento muy mal así como mareada y me duele todo el cuerpo y tengo ganas de estar acostada (.....) El doctor me dijo que me tomara la pastilla, que es buena para la presión y pues me siento bien tranquila, que no me duele nada". Entrevista 5 L.

Sin embargo de acuerdo a los resultados podríamos decir que no todos los entrevistados toman el medicamento como se les indica, ya que existen otros factores propios del enfermo como abandono del tratamiento por mejoría; falta de medicamento; temor al aumento en la dosificación del fármaco; accesibilidad a los servicios de salud y factores económicos así lo expresan.

"Empecé ir con el doctor, pero iba y me componía que ya no iba, ya no regresaba, después me volvía a sentir mal, ahí voy otra vez con el doctor.

- *Oiga pero es que usted debía de venir, dice ¡Tan luego! se acabe su medicina, si ¿usted cree?... para ir a cada rato con el médico a quihoras, no está fácil y aparte está retirado y no pos luego no hace caso, porque no, pos tengo animales ¿con quien los dejo? ¿quién me les da agua? ¿quién me les da de comer? y para ir está difícil"... "A veces no iba porque no teníamos dinero, es lo primero". Entrevista 1 J.*

"Que no deje de tomarme mi tratamiento, ahorita ya tengo 1 mes que no me tomo nada, ya no la surti, es que fui un día pero no la encontré, son tres al día una en la mañana, al medio día, pero como le digo se me acabó". Entrevista 4P.

"Yo quería decirle que me había dicho que me tomara tres pastillas, no serán muchas tres pastillas ¿no me hará mal?". Entrevista 3 M.

De estos factores la accesibilidad y la disponibilidad del medicamento, que pareciera no estar al alcance del enfermo, son los que mas se relacionan con la prestación de servicios de salud y a este nivel deben solucionarlo.

Otros aspectos que se identifican son: la automedicación, la combinación de fármacos y la modificación de la dosis, para ello citaremos un ejemplo:

"Me fui de la clínica, porque ya no me hacía la Alfametildopa, no me hacían de las que me daban, ya no, entonces el doctor me dio un pase a Cerritos y dije:

- *¿Yo que voy a hacer a Cerritos?*
- *un chequeo general,*

Sabrá Dios que me irán a hacer allá. ¡Dios de mi vida! Yo no voy y no fui. La carta por ahí anda, yo no voy, por eso me fui con el doctor particular, me trujo a la vuelta y vuelta y no, si se me controló. Con pura pastilla Adalat Retar, mucho estuve comprando esa y después le empecé a revolver de la simple. Pero ahora ya, ya esas son las que me tomo y si no pues compro de esas

otras que le dicen, Igroton. Y pues fijese que la tengo baja me tomo 2 y 2, pero si veo que me da sueño me tomo la otra, 3 y así. Antes me estaban dando 6, una doctora que estaba, dice.

- *Mire ¿cuántas se está tomando usted diario?*

- *Le dije 3.*

- *No mire usted debe tomar 6 (2-2-2).*

- *Mire doctora yo las estoy rindiendo, mire para venir hasta acá, para llevarlas está bien lejos, yo las rindo.*

- *No usted tome 2-2-2, que le cuesta.*

- *Y si por desgracia no encuentro, no pues en veces si me las tomo aunque sea la primera toma". Entrevista 2 P.*

Hábitos alimentarios

Aparte de haber recibido tratamiento y/o incorporado algún remedio (herbolaria), también implica haber realizado incontables acciones tendientes a su atención, ya sea modificando sus hábitos alimentarios, incorporando o eliminando nuevos alimentos.

Los enfermos refieren tener conocimiento de las recomendaciones de una dieta baja en sodio y libre en grasa para lograr el control de la enfermedad; sin embargo, cuando se indaga al respecto, resulta ser una situación compleja que va mas allá de la disposición que se tiene para continuarla, ya que existen otros factores como compartir la preparación de los alimentos y de no hacerlo, implica preparar doble ración o en caso contrario, que toda la familia consuma el tipo de alimentos recomendados al enfermo; además, la preferencia o la costumbre de consumir ciertos alimentos, impide que se cumpla con las recomendaciones dietéticas. Al respecto manifiestan:

"Para cuidarme, no comer sal, tomarme las pastillas y las gotitas que me dio doña Isaac, esas también me las tomo cuando me duele la cabeza. Me dicen

que ya no haga nada, porque d'este, a lo mejor también el cuerpo se cansa y le digo yo que ¿Ay como se va a cansar? Y yo en veces pienso cuidando que no, d'este, ya pa' si no estar mala, como bien desabrido, también no me gusta así dulce, eso es lo que hago yo, que me cuido". Entrevista 3 M.

Sin duda alguna el tipo de alimentación que maneja el enfermo nos habla de los hábitos alimenticios que influyen en el descontrol de la enfermedad, aunque no sea considerada por ellos como una causa atribuible a su descontrol.

"Mire yo lo que como: nopalitos, frijolitos, chilito, carnitas, hay de lo que tengamos, todo, mayormente grasa y de aceite, guiso con manteca de la marca que sea, el doctor me dijo que debía de comer carne blanca de pollo, pues si me gusta el pollo, para que digo que no, me la como, pero no, está mas sabrosa la de puerco y es la que le niegan a uno, la de res también está sabrosa, el pollo como que no, guiso mis portolas (sardina enlatada), le pongo tomatito, cebollita, ajito y sabe diferente, pero de la cajita no me la como, pero nada más un día, dos no, porque me aburre". Entrevista 2 P.

"Cuando me hacen enojar es cuando me enfermo o cuando como carne de puerco". Entrevista 3 M.

Ejercicio físico

El ejercicio físico es importante en la atención del hipertenso, además de ser una de las recomendaciones primordiales hechas por el personal de salud a estos enfermos; sin embargo, el medio y la cultura en que se encuentran, podrían resultar desfavorables para llevar a cabo esta recomendación. Dentro del contexto particular en el que viven, mencionan que no sólo tienen poco tiempo para caminar, de acuerdo a lo indicado por los médicos, sino que no cuentan con los espacios adecuados para hacerlo; además, dentro de su referente cultural tiene poco sentido

caminar sin una finalidad específica como trabajar, realizar sus quehaceres diarios o cumplir con sus obligaciones, así lo señalan:

"El doctor me dijo: mire, usted camine todos los días, desde su casa a la salida del rancho, todos los días. ¡Poder de Dios! Que dirá la gente, que estoy loca ¿no cree? Si camino, pero para acá, donde nadie me vea". Entrevista 2 P.

"No salgo a caminar, a que horas, no tengo tiempo de salir, adonde voy es a la casa de mi suegra en las mañanas, así, a caminar, voy con mi hermana, voy al molino, a dejar al niño a la escuela, pero no todos los días, pero si camino". Entrevista 3 M.

"El irme de allá – aquí y luego de aquí para la carretera es caminar. Es mucho caminar y también creo yo que sube la presión". Entrevista 2 P.

Sin embargo, existen otras razones por la cual se descontrola su padecimiento, como lo manifiesta uno de los participantes a lo largo de la entrevista:

"Yo no acabo de saber porque se me sube, porque yo no se me enojar. No salgo por ahí, que diga que camine mucho, que me agite ¿no?... ¿Será por el calor?". Entrevista 1 J.

Es evidente que para los entrevistados los factores que más sobresalen en el descontrol de su padecimiento son los aspectos psicosociales y se relacionan a situaciones vividas dentro de su contexto. Existen otros que no son considerados como causa directa al descontrol; sin embargo, están presentes a lo largo del discurso, como lo relacionado a la medicación, la dieta, el ejercicio, la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios, en algunos casos según los participantes no esta a su alcance el solucionarlos. A veces por la cultura del propio enfermo se relacionan a otros aspectos inexplicables que van mas allá de las que comúnmente conocemos.

5. CONCLUSIONES

Presentamos las principales conclusiones del estudio acerca de la percepción de los enfermos sobre su padecimiento (hipertensión arterial) y su descontrol, así como los factores que influyen en dicho descontrol. Los resultados dan cuenta de cómo los sujetos, perciben y enfrentan su padecimiento a lo largo de su experiencia de pocos o muchos años de vivir con él y de los cambios que han tenido en su vida diaria.

Desde la perspectiva de los enfermos, los problemas, trastornos, manifestaciones o síntomas generados por la Hipertensión en ningún momento se identifican como expresiones de una alteración orgánico – patológica, sino como expresiones de una serie de dificultades emocionales, problemas afectivos que enfrentan en su vida diaria. Para estos sujetos, la hipertensión es producto de una o múltiples experiencias emocionales intensas; en este sentido, se maneja una concepción de causalidad de naturaleza psicosocial.

La idea de padecer Hipertensión, se establece a partir de circunstancias distintas, la mayoría llegaron a conocer su diagnóstico cuando tuvieron contacto con el personal de los servicios de salud. Todos los enfermos tienen experiencias particulares y únicas; por consiguiente, perciben la enfermedad de dos maneras: para algunos la enfermedad es controlable y para otros es curable. Tienen la idea y la esperanza de que tomándose su medicamento y gracias al “apoyo divino” el problema se solucione hacia el control y/o la curación.

La trayectoria del padecimiento en estos enfermos se ha caracterizado por periodos insidiosos y recurrentes por lo que la hipertensión es asimilada como una enfermedad que les ocasiona problemas laborales (limitación de actividades de pequeños esfuerzos o abandono de las mismas) y sociales (dependencia de algún miembro de la familia para acudir a cualquier evento). Es entonces cuando el padecimiento es atendido con mayor rigor, realizando cambios en los estilos de vida, así como siguiendo las indicaciones del tratamiento antihipertensivo.

En el transcurso del padecimiento han adoptado la búsqueda permanente, el uso y la valoración de diversas opciones existentes en su entorno para su atención; utilizan los servicios médicos a la par de otros tipos de terapias tradicionales, o buscan apoyo en integrantes de sus redes sociales. Las alternativas utilizadas van encaminadas a la medicación, la dieta y el ejercicio, aunque resulta ser una situación muy compleja que en ocasiones va mas allá de las disposiciones que tienen para continuarla.

Según los resultados, es evidente que la mayoría de las personas evalúan los tratamientos sugeridos y seleccionan aquellas medidas consideradas de mayor utilidad y más factibles para disminuir o eliminar sus molestias con base en los recursos disponibles para ellos. Por lo tanto, de acuerdo con lo anterior, podríamos decir que los enfermos sólo siguen las recomendaciones de manera parcial ya que existen múltiples factores sociales, económicos e individuales que intervienen para que éstas no sean llevadas a cabo de manera adecuada y constante.

Una vez que cursan con el padecimiento los enfermos experimentan ciertas manifestaciones que los hacen identificar si están en control y/o descontrol de la enfermedad, de acuerdo a la sintomatología que presentan, sin saber que cifras arteriales tienen en ese momento. Según se sienta bien o mal implementa estrategias como tomarse su medicamento, o incrementar o disminuir la dosis, sin acudir a valoración medica.

Es evidente que para el control del padecimiento se da una prescripción sobre su tratamiento, se recomiendan cambios en la dieta y el ejercicio, sin tener en cuenta el concepto del propio sujeto sobre su padecimiento y el contexto en el que vive, y donde el ejercicio no forma parte de su propia cultura. Es entonces cuando los sujetos toman sus propias decisiones e implementan acciones para enfrentar las demandas de su padecimiento desde el ámbito de su hogar.

Los hallazgos de este estudio aportan evidencias sobre los factores de índole subjetiva que influyen en el descontrol de la enfermedad, así como también de otros aspectos relacionados con la medicación terapéutica, económicos, de accesibilidad y disponibilidad de servicios, los cuales no pueden dejarse de lado y que desde el punto de vista de los enfermos, son situaciones incontrolables. Por lo tanto, considerar a la enfermedad como hecho subjetivo, permite reconocer todos aquellos factores individuales de los enfermos que influyen en el proceso salud – enfermedad.

Este tipo de estudio nos permite conocer como los sujetos experimentan una serie de cambios que trastocan su vida diaria; es evidente que ninguno de ellos esperaban estar enfermos en alguna etapa de su vida y mucho menos que se les diagnosticara una enfermedad como es la hipertensión arterial; cada persona es un mundo aunque la enfermedad sea la misma, la experiencia no se vive igual, ya que cada sujeto tiene trayectorias diferentes; en algunos casos los enfermos se sienten bien como si no tuvieran una enfermedad crónica y otros viven altibajos en donde padecen en momentos mejorías y en otro malestar físico. Ante todo padecimiento crónico es importante que existe una buena relación entre el profesional de la salud, el enfermo y la familia para lograr entender lo que esta aconteciendo cada día con el padecimiento y así buscar medidas que permita controlar la enfermedad.

A lo largo del estudio se muestran aspectos que van mas allá del propio sujeto, es decir la relación con los profesionales de la salud, donde los informantes expresan que no siempre manifiestan lo que acontece con su padecimiento, quizá por la desconfianza o el temor a lo desconocido. Por lo tanto se considera que los profesionales a la salud, son un punto central en donde el enfermo necesita ser escuchado y atendido de acuerdo a sus necesidades, en caso contrario si solo se les recrimina sus actos, solo causara temor y miedo; esta situación podría traer como consecuencia el abandono terapéutico o la búsqueda de otras instancias que satisfaga sus necesidades.

Para que la labor del personal de salud sea eficaz, ante todo se deberá preocupar por establecer una relación con un sentido más humanitario, cultivando un ambiente armónico y de confianza con los enfermos, preocupándose por sus problemas y atendiendo a sus necesidades principalmente psicológicas y sociales, mostrando interés por conocer su contexto social.

6. RECOMENDACIONES

Este estudio da pauta, para continuar realizando este tipo de investigaciones, que sin lugar a dudas implica una gran repercusión social, económica y más aun en el propio sujeto quien la padece. Por lo tanto es necesario que los programas de salud integren el modelo biopsicosocial para lograr entender y mejorar las estrategias de orientación y atención del enfermo crónico, así mismo, el fortalecimiento de su red de apoyo.

Propuestas:

- Tener la disponibilidad para dedicarle el tiempo, por mínimo que este sea, con la finalidad de conocer las circunstancias por las que está atravesando el enfermo y que en un momento dado influyen en el control adecuado de su padecimiento.
- Capacitación al personal de salud para entender que cada sujeto tiene una historia de vida, con diferentes valores, creencias y motivaciones.
- Realizar debates para discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las situaciones que afectan su salud y permita reflexionar sobre nuestro quehacer ante el sujeto enfermo.
- Es necesario que el personal de enfermería participe en el desarrollo de trabajos cualitativos con este tipo de pacientes crónicos, lo que le permitirá comprender todos aquellos aspectos subjetivos del enfermo que influyen en el control del padecimiento y las explicaciones que le da el sujeto a su descontrol.
- Establecer relaciones multidisciplinarias para la atención del enfermo crónico.

- Integración de grupos de enfermos y su familia, para darle seguimiento y el enfermo sienta interés en sí mismo y participe activamente en el control de su padecimiento.
- Otorgar sesiones educativas encaminadas al enfermo crónico y su familia.
- Que las instituciones educativas continúen con la formación de enfermeras con espíritu científico e investigativo que fundamente el quehacer de la profesión.

7. LIMITANTES

- Durante el desarrollo del presente estudio se presentaron una serie de limitantes que lograrán solucionarse en el transcurso del mismo.
- La inexperiencia de las investigadoras para realizar este tipo de estudios; los conflictos generados se fueron resolviendo con el apoyo de diversas fuentes de información y asesoría.
- En la manera de realizar las entrevistas; ya que en un principio se realizaron con preguntas cerradas, debido a la inexperiencia en este tipo de entrevistas. Esta situación se resolvió después de revisar y analizar las primeras entrevistas; reconocer los errores y repetir las entrevistas se mejoran las subsiguientes.

8. BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

- ¹ Mercado Martínez FJ. Entre el Infierno y la Gloria. 1ra ed. Guadalajara Jalisco. Coordinación Editorial; 1996: 68-69.
- ² México; Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México; 2001: 43-44
- ³ Cruz Corchado M, "Panorama epidemiológico de la Hipertensión Arterial en México", Arch Inst. cardiol México 2001; 71 (S1): S192-S197.
- ⁴ México. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática – Secretaría de Salubridad y Asistencia INEGI/SSA "Situación de Salud en México", 2000 (fecha de acceso marzo 2003); Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>.
- ⁵ México. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática - Secretaria de Salubridad y Asistencia INEGI/SSA. "Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño". 2000 (fecha de acceso marzo 2003); Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>.
- ⁶ México. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. México, Sept. 1999.
- ⁷ SASPI PROJECT TEAM. Prevención secundaria de los accidentes cerebro vasculares: Resultados del estudio de la Southern Africa Stroke Prevention Initiative (SASPI). Bull World Health Organ, jul. 2004, 82 (7): 503-508. ISSN 0042-9686.
- ⁸ Mercado Martínez FJ, Ramos Herrera IM, Valdés Curiel E. "La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención medica en Guadalajara". México. Un estudio cualitativo. Cad. Saude Publica (Rio de Janeiro) 2000; 16 (3): 759-772.
- ⁹ Bonilla Castro E, Rodríguez Sehk P. La investigación en Ciencias Sociales: Mas allá del dilema de los métodos, 2 da. ed. Santa Fe de Bogotá D.C: Uniandes; 1997: 47.
- ¹⁰ Rodríguez Gómez G, Gil Flores j, García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa, Archidona (Malaga): Aljibe; 1996: 44.
- ¹¹ Pólit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ta ed. México D.F: Mc Graww - Hill Interamericana; 2000: 231- 245, 285-292.
- ¹² Normas de Investigación. SSA, ley general de salud en materia de investigación para la salud. 1986.

- ¹³ Mercado Martínez FJ, Robles Silva L, Ramos Herrera IM, Moreno Leal N, Alcántara Hernández E. "La Perspectiva de los sujetos enfermos, reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico". Cad. Saude Publica, Río de Janeiro, 15 (1), 1999: 179-182.
- ¹⁴ Camean M, Pichel S, Vicchi C. "Consejo de aspectos psicosociales" Sociedad Argentina de Cardiología. 2000 (fecha de acceso mayo 2003): 1-6. disponible en: <http://www.sac.org.ar/sociedades/aspectos1.htm>.
- ¹⁵ Moreno Flores P. L. Enfermedad Crónica: "Problemas de Rehabilitación y Adaptación. Dolor Crónico". (Fecha de acceso mayo 2003). Disponible en: <http://www.pepsiatria.org/pepsiatria/html...manual/a7n7.html>.
- ¹⁶ Llor Esteban B, Abad Mateo M. Ciencias psicológicas aplicadas a la salud. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1995: 187 – 193, 209 - 217
- ¹⁷ Practica diaria. "Manejo farmacológico del paciente hipertenso", Rev. Med. IMSS. México 1997; 35 (6): 411-430.
- ¹⁸ Harrison. Principios de medicina Interna. 1, 15 ed. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2002: 252 – 255, 1660 - 1673.
- ¹⁹ Galán Rodríguez A, Blanco Picabia A, Pérez San Gregorio M. Análisis del Concepto de Enfermedad: "Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar". Anales de Psicología. España. 2000, 16 (2): 157-166.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alvarez Gordillo GC, Alvarez Gordillo J, Dorantes Jiménez J. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en chiapas. Salud Pública México. 2002 : 1 – 10.
- Barbaraf Weller. Diccionarios Enciclopédico de Ciencias de la Salud. México. D.F: Mc Graw -Hill Interamericana; 1997: 417 -418.
- Di Silvestre C. Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad (fecha de acceso mayo 2003), Disponible en www.treff-raum-espaciotime.com.
- Duran Varela B, Rivera Chavira B, Franco Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Salud Pública de Mexico. 2001 disponible en : <http://www.insp.mx/salud/index.html>.
- Lifshitz Alberto. El Papel del Paciente en la Atención de Enfermedades. Gac Med. México 2000; 136 (5): 529-532.
- Marín Reyes F, Rodríguez Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Publica México, 2001; 43: 336 –339. disponible en <http://www.insp.mx/salud/index.html>.
- Rubio Guerra AF, Lozano Nuevo J, Rodríguez López L. y cols. Apego al tratamiento ¿Un aspecto olvidado en el manejo del paciente hipertenso? México. 1999; 15 (6):260-263
- Santana Gómez A, Castañeda Rimonos R. Descontrol del paciente hipertenso e Incumplimientos del tratamiento farmacológico. Rev. IMSS México, 2001; 39 (6): 523-529.
- Sepúlveda Mendel E. Adherencia al Control de los Pacientes Hipertensos y factores que la influencia consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. Ciencia y Enfermería III (1) 1997: 49 –58
- Velasco Campos M.L y cols. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. México D. F: manual moderno; 2001: 69 – 101.

A N E X O S

Anexo 1

Guía Temática de Entrevista

1.- Presentación.

- Saludo de bienvenida, por parte del entrevistador y observador.
- Explicar el objetivo de la entrevista.
- Solicitar autorización para participar en el estudio.
- Justificar la razón de grabación e invitar a expresarse abiertamente.

2.- Temas.

- Datos generales: nombre, edad, sexo, ocupación y estado civil.
- Composición familiar.
- Vida antes del diagnóstico de la enfermedad.
- Que le origino su problema de salud.
- Conocimiento del diagnóstico de la enfermedad.
- Como se siente después de que le diagnosticaron hipertensión..
- Años de vivir con el padecimiento.
- Tratamiento que recibe.
- Forma de pensar acerca de su enfermedad.
- Como ha cambiado su vida ahora que esta enfermo.
- La vida diaria del paciente desde la mañana - tarde.
- Recomendaciones para controlar su enfermedad.
- Medidas para cuidar su salud.
- A que atribuye el descontrol de su enfermedad.
- Consecuencias de la hipertensión arterial.
- Red familiar de apoyo.
- Convivencia familiar.
- Repercusiones físicas, sociales y laborales de la hipertensión.
- Cual ha sido su experiencia al vivir con este padecimiento.
- Enfermedades agregadas.

Anexo 2
Datos Generales de los Participantes

Agosto 2003

INFORMANTES	SEXO	EDAD	No. De Hijos.	Edo. Civil.	Ocupación.	Tiempo de evolución de la enf.
Entrevista 1 J.	Fem.	68 años	7 hijos	Casada	Lab. del hogar	2 años.
Entrevista 2 P.	Fem.	67 años	5 hijos	Viuda	Lab. del hogar	18 años.
Entrevista 3 M.	Fem.	33 años	5 hijos	Casada	Lab. del hogar	1 año
Entrevista 4 P.	Masc.	32 años	Sin hijos	soltero	Jornalero	4 años
Entrevista 5 L.	Fem.	68 años	7 hijos	Viuda	Lab. del hogar	8 años.
Entrevista 6 J.	Masc.	54 años	13 hijos	Casado	Jornalero	4 años

Percepción de los Enfermos Acerca del Padecimiento

La Experiencia de Sentirse Enfermo

Agosto-2003

INFORMANTE	SENTIRSE MAL	SENTIRSE BIEN
Entrevista 1 J.	<p><i>"...Cuando ya vi que si estaba mal, me quería levantar y allá voy para el otro lado, bien, como le dijera yo, como que tenia la cabeza muy grandota y miraba así como que empezaba a dar vueltas y vueltas y cerraba un rato los ojos y me los apachurraba y duraba un buen rato así, ya luego me pasaba, ya me levantaba y empezaba a trabajar a hacer mi quehacer...."</i></p>	<p><i>Cuan do no me duele nada, o sea cuando me siento bien, me voy a regar mis matas, me llevo, mi costura y me pongo a tejer todo el día.</i></p>
Entrevista 2 P.	<p><i>Siento flojerilla en mi cuerpo y que me duele la nuca, si es cuando me siento mal, como con sueño, me duele todo el cuerpo cuando me levanto.</i></p>	<p><i>Pues yo no siento nada, pues soy feliz, yo creo porque estoy bien.</i></p>

INFORMANTE	SENTIRSE MAL	SENTIRSE BIEN
Entrevista 3 M	<p><i>"Una vez se me fue el muchacho a Río Verde y no llegó en toda la noche, me levanté 3 o 4 veces y nada, ya en la mañana cuando me levanté me fijé en su cuarto y nada y dije: ¿Este muchacho dónde se quedó? Ya le hablé a mi otro hijo y él me dijo: por ahí ha de andar. El Omar vino a buscarlo y eso me preocupó. Ese día todo el día estuve acostada porque me sentía muy mal, pero yo pienso que del cuidado que no estaba en la casa..." "...Yo comía de todo y nada me hacía mal, de ahora que estoy enferma ya nada es igual".</i></p>	<p><i>Ahorita no me ha dolido la cabeza, he estado bien, hasta ahorita me he sentido bien, ahorita ya no estoy mala, ando bien. Mire no me duele nada como si no estoy mala, yo pienso que en veces hay nada mas de repente esta uno malo.</i></p>
Entrevista 4 P.	<p><i>"...Yo todo el tiempo fui enfermizo, cuando me alivié de mi mamá, estuve en la encubadora 15 días, dice mi papá que desde chiquito fui enfermizo, yo desde chiquito no fui bueno, de ahí poco ando trabajando, pero no ha sido fácil".</i></p>	<p><i>"Como que ando bien, pero sabe, como ahorita muy abochochornado, si, como que no alcanzo a respirar, ando bien, cuando el sol ya esta nublado un rato, un rato ando muy a gusto".</i></p>

INFORMANTE	SENTIRSE MAL	SENTIRSE BIEN
Entrevista 5 L.	<i>Cuando me siento mal, pues ahorita ya tengo mucho que no estoy; pero luego ya me siento muy mal, desde así mareada y luego me duele todo el cuerpo y tengo muchas ganas de estar acostada.</i>	<i>"...Ahorita de la presión yo me siento bien, porque... pues el otro día estaba mala, yo no podía hacer nada, porque sentía mareos, así muchos y pues, duele así... todo el cuerpo, luego algún tiempo estuve más mala y me llevaron a checar allá en México con un médico, me recetó y me dio medicina y me compuso, así que ahorita estoy bien..."</i>
Entrevista 6 P.	<i>A veces me siento mal, por las molestias que tengo en mis pies, siento que tengo como algo aquí clavado en mi planta, a veces se me controla, no me duele mucho, pero si me molesta ya que no puedo hacer mis cosas como debiera y pues es lo único que tengo.</i>	<i>Me siento bien, pues definitivamente como yo no siento nada, me supongo que estoy bien.; digo cuando siente uno si, pero yo nada.</i>

Percepción de los Enfermos Acerca del Padecimiento

Cambio Vivido en Torno al Padecimiento

Agosto 2003

INFORMANTE	INVALIDEZ Imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana	AMENAZA. Muerte biológica o muerte biográfica	PERCEPCIÓN CORPORAL Y MALESTAR. (Afección y funcionamiento corporal)	SOLEDAD (experiencia intransferible y afección del rol)	RECURSO (significado, castigo, reto, desafío y enemigo a vencer)
Entrevista 1 J.	"Lo que ya no puedo hacer es barrer, como que la cabeza, me crece mas, cuando empinada barriendo, lavo en el lavadero, poquito porque mucho empinada no puedo andar".	"...Me da bastante cuidado que tenga la presión, digo ¡válgame Dios! Oigo decir yo que la gente se muere en un ratito, Virgen Santísima pos cuidame! Porque hacemos falta aquí".	"...Me siento todavía mal, no deja de dolerme la nuca y los pies los traigo muy cansados, como que se me quieren desganzar, como que no tengo aquí fuerza en la rodilla, los traigo pesados ..."	"Por el trabajo, uno piensa que todo el tiempo va tener ganas de trabajar, pero usted cree, digo yo todo se acaba y hora si ya me da cuidado, porque uno ya esta viejo y enfermo, pos que va ser uno. Ya luego se va este muchacho se va a cambiar a su casa y ya nada mas	"Digo, ahora menos me voy a dejar de curar, porque nos vamos a quedar solos los dos y ni modo de decir que no, ya no tenemos otra solución, porque este muchacho es el único que esta aquí"

INFORMANTE	INVALIDEZ Imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana	AMENAZA. Muerte biológica o muerte biográfica	PERCEPCIÓN CORPORAL Y MALESTAR. (Afección y funcionamiento corporal)	SOLEIDAD (experiencia intransferible y afección del rol)	RECURSO (significado, castigo, reto, desafío y enemigo a vencer)
				<i>vamos a quedar nosotros dos que vamos hacer".</i>	
Entrevista 2 P.	<i>"El doctor me dijo, usted no puede andar sala, donde quiera puede quedar y tiene que vivir como un niño chiquito, pase lo que pase y pues para vivir como un niño pase lo que pase y sea lo que sea, pues un niño nada mas piensa en jugar por eso pienso yo que ese es el problema."</i>	<i>"Yo un coraje, un sentimiento que haga yo quiero llorar, lloro que no han quien me calle y caigo como gallina descabezada, mi cuerpo se suelta, pienso que al no quitárseme eso, ahí voy a quedar suelta, ya de tanto".</i>	<i>"Siento flojerilla en mi cuerpo y me duele la nuca. Como ahorita que acabe de tortear me vine para acá y me senté en la cama y nada mas que voy viendo negro, dije, Diosito de mi vida que estoy viendo, pues mis ojos los tengo abiertos, no los tengo cerrados y que me los abro con los dedos, pero veía negro, negro, entonces... agarre el alcohol ... me fui de cabeza... y no pues</i>	<i>"En la tarde fuimos a la cera y le dije a mi nuera, tu vete con las niñas... y yo me voy a la iglesia; si me caigo por acá poca gente me ve, me senté y me fui agarrandame de las cosas para no caerme; no ya llego ofelia, me agarro y me metió a la iglesia, pero nada</i>	<i>"Lo que Dios diga, yo nada mas me tomo la medecina y punto, digo primeramente Dios Él es el bueno y es el único que me cuida"</i>

INFORMANTE	INVALIDEZ Imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana	AMENAZA. Muerte biológica o muerte biográfica	PERCEPCIÓN CORPORAL Y MALESTAR. (Afección y funcionamiento corporal)	SOLEDAD (experiencia intransferible y afección del rol)	RECURSO (significado, castigo, reto, desafío y enemigo a vencer)
			<i>me levante y vide algo de vuelta"</i>	<i>mas ese día, porque al otro día ya no se seguí"</i>	
Entrevista 3 M.	<i>"Me gusta trabajar, barrer, tirar basura, yo todavía me siento bien para hacer esas cosas, cuando a uno le dicen que no hagas, esto por que te va hacer daño, se siente uno que ya no sirve para nada y uno esta</i>	<i>"Hay yo le digo a mi mama, hay se me quiere parar el corazón y ella se enoja conmigo, hay tu no sabes lo que dices; yo siento como que algo se me para. Pero nada mas es una pasadita y que no puedo respirar"</i>	<i>"A veces no aguanto el dolor de cabeza, es tan fuerte que me hace deponer, ya en veces pienso que me hacen ojo o quien sabe pero yo estoy bien mala"</i>	<i>"Que ya no puedo hacer las cosas que hacia antes, me da tristeza y me enojo"</i>	

INFORMANTE	INVALIDEZ Imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana	AMENAZA. Muerte biológica o muerte biográfica	PERCEPCIÓN CORPORAL Y MALESTAR. (Afección y funcionamiento corporal)	SOLEDAD (experiencia intransferible y afección del rol)	RECURSO (significado, castigo, reto, desafío y enemigo a vencer)
	<i>impuesto a trabajar hacer el quehacer y ya porque uno no hace nada, muchas veces se siente uno sabe como"</i>				
Entrevista 4 P	<i>" Como le digo, lo que me impide hacer mi enfermedad es, andar trabajando en el jornal, ya que con el sol me agitó, solo temprano ando a</i>	<i>" Sencillamente es una realidad, mi abuelita dice, este niño ya se enfermo y se fue y dice se queda uno a sufrir hasta que uno diga hasta aquí"... " me dicen</i>	<i>"Yo todavía seguía trabajando, como que me daban vagidos... Pues ya ahorita, es como le digo, ando trabajando y me agito".</i>	<i>"Ahorita que me enferme tengo 3 años y ala calle no salgo, salgo pero en la noche, como a misa o una fiestasita, pero se acaba y vamos a la casa".</i>	<i>"Hasta que Dios diga, si, pues Él es el que nos está mandando, a ver que dice, a ver que aguante tiene, si es que va decir uno, ya con eso, porque hay muchos hay que</i>

INFORMANTE	INVALIDEZ Imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana	AMENAZA. Muerte biológica o muerte biográfica	PERCEPCIÓN CORPORAL Y MALESTAR. (Afección y funcionamiento corporal)	SOLEDAD (experiencia intransferible y afección del rol)	RECURSO (significado, castigo, reto, desafío y enemigo a vencer)
	<i>gusto, ya del medio día en adelante es cuando ya me siento mal. Lo que hago son mandados, cuidar casas"</i>	<i>que tenga cuidado, me puede pegar una embolia".</i>			<i>me voy a dar un balazo, me voy a dar esto otro, pues es que uno ya no quiere vivir se siente uno malo, no yo no pienso eso, yo digo no ya hasta que Dios, nos está mirando a ver que aguante tiene uno, ¿si?"</i>
Entrevista 5 L.	<i>"Lo que ya no puedo hacer es barrer, como que la cabeza me crece más cuando ando</i>	<i>"Ir al rosario sola como que no me animo, porque luego pienso, a lo mejor me caigo por el camino y luego después que van</i>	<i>" Me siento mal al hacer algo que este pesado, porque yo ayudo poquito, no siempre porque me siento mal hacer algo</i>		<i>"Ya tengo mucho tiempo que estoy, porque todavía gracias al señor y la capsulita, con esas estoy bien,</i>

INFORMANTE	INVALIDEZ Imposibilidad de desarrollar una actividad cotidiana	AMENAZA. Muerte biológica o muerte biográfica	PERCEPCIÓN CORPORAL Y MALESTAR. (Afección y funcionamiento corporal)	SOLEDAD (experiencia intransferible y afección del rol)	RECURSO (significado, castigo, reto, desafío y enemigo a vencer)
	<i>empinada barriendo, lavo en el lavadero, poquito, porque mucho empinada no puedo andar".</i>	<i>decir, me da pendiente... ándale por andarme llendo sola".</i>	<i>así que este pesado; porque me duele así el cuerpo".</i>		<i>todavía hasta ahorita, quien sabe por cuanto tiempo más".</i>

Trayectoria del Padecimiento
Para que se me Desarrollara la Presión

Agosto 2003

INFORMANTE	CAUSAS DEL PADECIMIENTO	
	INCIDENTES DE LA VIDA DIARIA	CAUSAS INEVITABLES O INESPECÍFICAS
Entrevista 1J	<p><i>"...Desde cuando empecé de esta presión fue de un susto con un yerno, se nos metió aquí a la casa, nos tumbó las puertas, yo estaba dormida, desperté en esa hora y él bien borracho haciendo cosas y desde entonces estoy mala, desde entonces no he sido buena yo".</i></p>	
Entrevista 2p	<p><i>Para que Ami se me desarrollara la presión alta, pues fue a causa de un susto, un coraje que me sucedió, con mi cuñada, aquí nada mas espero que mi señor se fuera, me hablo y se puso a discutir conmigo y teniendo yo la razón, fue a causa de una corriente de agua que ella tapo, entonces nosotros fuimos a sacar el agua entonces nosotros le arreglamos ahí para que pasara el agua, pero ella tapaba y nosotros destapábamos, y nada mas esperaba que yo estuviera ahí, para decirme de cosas, yo ahí azoté y me levante.</i></p>	

INFORMANTE	CAUSAS DEL PADECIMIENTO	
	INCIDENTES DE LA VIDA DIARIA	CAUSAS INEVITABLES O INESPECÍFICAS
Entrevista 3M	<i>"Cuando me casé, no la padecía esa enfermedad, no hace mucho que la padecía, porque yo no la padecía, nada más fue de una vez que se llevaron a mi chamaco a la cárcel, al mes siguiente fui con la doctora a Labor Vieja y me dijo que traía la alta presión, nada más por eso".</i>	<i>" Mi mama también tenía la alta presión".</i>
Entrevista 4 P.	<i>"La presión puede pegar de un susto o un coraje"</i>	<i>"...Pues estar ahí sufriendo, ya cuando Dios diga: hasta aquí. Como dice Él: la vida nada más la tenemos prestada por un rato, hasta aquí te la presté y ya cuando uno se enferma, ya que espera uno, más que tener paciencia, no más". <i>Pues antes yo no la padecía, yo no la notaba, pus porque andaba trabajando, pero yo si ya sentía que me ajogonaba mucho, si como pa cuando andaba por aya, cuando íbamos a trabajar con el azadón allá andaba escardando y como para estas horas ya no alcanzaba respirar...pero yo no me checaba, pus no dije yo, será porque se cansa uno, pero no era eso.</i></i>

INFORMANTE	CAUSAS DEL PADECIMIENTO	
	INCIDENTES DE LA VIDA DIARIA	CAUSAS INEVITABLES O INESPECÍFICAS
Entrevista 5 L.	<i>"Luego mi esposo murió y no, ya entonces fue ahí, fue cuando yo empecé con esto, ¿verdad? por eso de ahí fue donde empecé, porque antes, también había muerto mi papá, pero no, ¿verdad?, siempre me controlaba otra vez, pero de ahí ¿verdad? Fue cuando duré un tiempo, fue cuando ya le digo que necesitaba ir con el médico y que me checara, hasta que estuve más mala, fue cuando fui a Labor Vieja".</i>	<i>"Mi mama también tenía la presión alta"</i>
Entrevista 6 J.	<i>"...No se cual fue el motivo, pero a veces puede ser por los problemas".</i>	<i>"No tengo muy clara la fecha de cuando empecé de esta presión y como nunca sentí nada no se a que deba que yo padezca esté problema"... "Creo yo que la presión puede ser hereditaria".</i>

Trayectoria del Padecimiento

Perspectivas Respecto A La Evolución Del Padecimiento

Agosto-2003

INFORMANTES	MANIFESTACIONES DEL PADECIMIENTO.	BÚSQUEDA DE UN NOMBRE.
Entrevista 1J.	<p><i>"Me sentía como que traía algo cargado en la nuca, como que me daba mucha sed y no andaba a gusto y no tenía naditita de sueño, me acostaba en la noche pero no me dormía, me sentía muy cansada, desganzada..... Me dolía mucho la nuca, me tomaba una pastillita y se me controlaba y no me hacía aprecio hasta cuando ya me fui a curar". "...fui a ver al doctor, yo seguía igual, airienta, nublada la vista, agitada, no me siento bien y hambre no tenía... sentía que traía algo en la nuca y como que me daban vagidos y como que no me daba pero nadita de sueño, pero no me dormía".</i></p>	<p><i>"Yo no tenía naditita de sueño, ¡ay! Pues que tendré... solo Dios, quien sabe que tendré... y le decía yo a Jerónimo ¿Por qué se me quitará tanto el sueño? No de mucho tiempo.</i></p> <p><i>- Dijo (el esposo) cuando yo vaya a ver al doctor dígame.</i></p> <p><i>No, entonces me dio mucha medicina.</i></p> <p><i>-Venga a los 8 días luego que se le termine. (le dijo el doctor)</i></p> <p><i>Pos no, seguía igual.</i></p> <p><i>- ¡no pueda ser! Dijo el doctor.</i></p> <p><i>Me hizo unos análisis.</i></p> <p><i>-Dijo (el doctor), sabe que lo que usted trae es la presión muy alta, y le voy a dar medicina.</i></p> <p><i>Y me controlé, pero ¡ándale tú! Ya no volví a ir".</i></p>

INFORMANTES	MANIFESTACIONES DEL PADECIMIENTO.	BÚSQUEDA DE UN NOMBRE.
Entrevista 2P.	<p><i>"...Creo que desde que comencé puede que me agarró un sueño, no más me venia yo a dormir aquí en estos cuartos, no más aquel sueño, aquel sueño día y noche, sacaba un bote de agua para bañarme, para que se me quitara, pero veía más sabrosa la cama, la miraba y purrum, me levantaba, mire con los ojos ansina y pesados de sueño, yo dormida era feliz, ya de tanto dije: voy a ir a la clínica para ver que..."</i></p>	<p><i>Yo dormida era feliz, ya de tanto dije: voy a ir a la clínica para ver que...</i> <i>(El médico le preguntó) - Ya de veras señora, ¿que es lo que usted siente?</i> <i>- Pues nada...Me da vergüenza decirle que yo no más dormida, pero feliz, no siento nada...</i> <i>(El médico le dijo): Hay señora, muy buena que viene usted.</i> <i>- Yo decía que era pura flojera, pero no pues era la presión..."</i></p>
Entrevista 3M	<p><i>" Me sentía muy cansada, desganzada, mucho dolor de cabeza"</i></p>	<p><i>"No le digo que me sentía cansada, desganzada, mucho dolor de cabeza, fue cuando ya fui a la clínica a ver que tenía, fue cuando me dijeron que tenía y fue aquí en Labor Vieja".</i></p>

INFORMANTES	MANIFESTACIONES DEL PADECIMIENTO.	BÚSQUEDA DE UN NOMBRE.
Entrevista 4 P	<i>"Me agitaba, como que me daban vaguidos, pero yo no lo notaba, porque andaba trabajando, pero yo ya sentía que me ajogonaba mucho cuando íbamos a trabajar"</i>	<i>"Ya pues, cuando me dieron el programa Progresá, entonces ya mi mami, fue cuando no quería ir, dije: Yo no voy, no me duele nada y aprendí al último que como tienen que ir todos, dije tengo que ir esforzado, ya en Labor Vieja nos checaron, allá que me la jayán ¡Órale! Es que uno piensa que anda bien, pero no, de ahí p'aca fue donde me la jayaron".</i>
Entrevista 5L.	<i>"Para barrer, para recoger una basura, pues así para empinarme para echarla al traste, pues a mí me dolía mucho la cabeza, como que se me quería caer, así verdad, que no se me cae, pero uno siente eso, como mareos, así, muchos y pues duele así todo el cuerpo, yo estaba muy mal</i>	<i>Estuve mala y me llevaron a checar, allá en México con un medico y me dio medecina, y me compuse y luego paso un tiempo y estuve mas mala, volví a ir con el doctor a Rioverde y también me dio medecina; me dijo pues eso que era de la presión, eso fue todo.</i>
Entrevista 6J.	<i>"Pues como le digo, yo no sentí nada, todo el tiempo me he sentido bien, a mí no me dolía la cabeza, nada de eso"</i>	<i>Como vino aquí, un programa el del Progresá, así que teníamos que acudir a checarse toda la familia, así fue como me la encontraron a mí, eso me dijo la doctora que tenía la presión alta, me checaron en Labor Vieja.</i>

Trayectoria del Padecimiento
Incertidumbre Ante el Padecimiento

Agosto-2003

INFORMANTE	PERSPECTIVA DEL PADECIMIENTO	FORMAS DE AFRONTAMIENTO
Entrevista 1 J	<p><i>"...No sé que pensar, estoy pensando ¡ojalá se me quite!, quien quite y ya no me suba más ¡Ay Virgen de Guadalupe!, que ya no me sube y ojalá y se me quite y me componga".</i></p>	<p><i>"Me quería levantar y allá voy pa'l otro lado, como le dijera yo... como que tenía la cabeza muy grandota y miraba así, como que empezaba a dar vueltas y cerraba un rato los ojos y me los apachurraba y duraba un buen rato así y luego me pasaba. Ya me levantaba y empezaba a hacer mi quehacer y duré ... pero bastante tiempo así, y no me checaba ni nada. No más lo que me tomaba eran unas pastillas, aspirinas, con éstas como que se me cortaba lo de la cabeza y ya pasaba y ponía a hacer mi quehacer y ya no me hacía aprecio"</i></p> <p><i>"Pos yo nada mas tomarme mi medecina y comportarme bien. Me cuido bastante, si, no comer cosas que no debo comer..."</i></p>

INFORMANTE	PERSPECTIVA DEL PADECIMIENTO	FORMAS DE AFRONTAMIENTO
Entrevista 2 P	<i>"Pues lo que Dios diga ¿no cree?, lo que dios diga, yo nada mas me tomo la medecina y punto".</i>	<i>"Me tomo la pastilla y luego me acuesto, entonces si me duermo bien, si no, yo ahí estoy acostada y ya cuando me levanto y se me pasa aquello".</i>
Entrevista 3 M	<i>"Hasta ahorita me he sentido bien, ahorita ya no estoy mala, hoy yo ya no estoy mala, no ve que le digo que hace días ando bien de la presión, será porque me tomé las pastillas como me dijeron, dos: una en la mañana y otra en la tarde, y a lo mejor por eso me voy controlando más". "...Pues yo pienso que se me va controlar pronto, se me tiene que controlar tomando las pastillas, se me tiene que controlar ya más".</i>	<i>"Ya no pienso para no estar mala, como les digo yo, después soy yo la que me estoy muriendo, mejor ya no pienso nada, en veces ya no hago caso ya ni me enojo con los chiquillos; les digo ya que me enojo, pos si, la enferma voy a ser yo, ellos no. Pero si les da cuidado cuando estoy mal porque yo no más hago, ya cuando siento que estoy mala, voy y me acuesto. Ya están ahí todos conmigo, que estoy mareada. No, en veces ya no aguanto el dolor de cabeza, mejor voy y me compro una pastilla o los mando que me compren una pastilla porque ya no aguanto el dolor de cabeza y como el dolor de cabeza me hace deponer, ya en veces pienso que me harán ojo o quien sabe! Pero yo ya estoy bien mal"...."Mire me tomo las pastillas y también las gotitas que me dio doña Isaac, esas también me las tomo, esas me quitan el dolor la cabeza".</i>

INFORMANTE	PERSPECTIVA DEL PADECIMIENTO	FORMAS DE AFRONTAMIENTO
Entrevista 4 P	<p><i>"Yo le digo a mi pá` que quisiera andar trabajando, pero no puedo, yo quisiera hacer mi vida normal, pero luego me quisiera mandar solo y hacer solo mis cosas y como dicen mis hermanos, los fregados son ellos. Mis hermanos están mandando para el tratamiento y para irla pasando; yo, como le digo a mi papi que, quisiera andar trabajando, pero no puedo, mis hermanos dicen cuídate!".</i></p> <p><i>"Ahorita hay que aguantar, hasta que Dios diga hasta aquí, uno no sabe; cuando, como dice mi mama. La vida nada mas la tenemos prestada por un rato y hasta aquí, pues El es el que nos esta mandando, a ver que dicen, a ver que aguante tiene. Si y digo no pos ya hasta que Dios quiera, él nos esta mirando haber que aguante tiene uno".</i></p>	<p><i>"No comer sal, porque yo soy muy desabrido y también no asolearme mucho y no dejar de tomarme mi medicamento, pero ahorita ya tengo un mes que no me tomo nada"</i></p>

INFORMANTE	PERSPECTIVA DEL PADECIMIENTO	FORMAS DE AFRONTAMIENTO
Entrevista 5 L	<p><i>"Pues hora, ya no más lo que hago, pues casi es pues allí ¿verdad?, en lo que puedo ayudar, poquito ¿verdad?, Barrer, pos... allí... limpiar, poner frijoles, a veces, no siempre, hacer algunas tortillas, me siento mal hacer algo que esté así pesado, mejor poquito ¿verdad? Para estar bien".</i></p>	<p><i>"...Yo he escuchado que las personas dicen que se cansan de tomarse las medecinas y pues yo, hasta ahorita, no me canso, no me aburro con la capsulita y primeramente Dios, pues puedo seguir adelante hasta cuando el Señor quiera, ¿verdad? Tomando mis cápsulas y si Él todavía me deja aquí".</i></p>
Entrevista 6 J	<p><i>" Mis hijos, no saben que yo estoy enfermo de la presión...no se decirlas a ustedes cual sea el motivo de no decirlas... pues muchas veces es que se preocupan ellos y siempre no esta bien eso, que ellos se preocupen por mi"</i></p>	<p><i>"Tomarme mi medicamento así como me dijeron, me lo tomo del diario. Aparte del medicamento no tomar mucha coca, no comer mucha sal".</i></p>

Perspectiva del Descontrol y las Causas que Influyen

Agosto-2003

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
Entrevista 1 J	<p>"Cuando se me sube la presión, que ya la traigo alta, le digo que me siento mal, me siento como que otra vez traigo algo en la nuca y sin sueño, se me quita de volada...me hago pesada de la cabeza como que la traigo bien grandota, como que me chicharrea algo, así como que me sumba".</p>	<p>Psicosocial: "No nojarme, ni tener ningún disgusto con alguien, para que no me suba más de lo que la tengo".</p> <p>Red de apoyo: " Mis hijos saben que tengo la presión y dicen mejor vengase para acá, aquí ni la presión se le sube, estoy bien tranquila con ellos, ni me duele nada, luego les digo, no es cierto que estoy mala, a mi no me duele nada".</p> <p>Tx. "...Tomarme las pastillas que me dijo el doctor, que porque son buenas para la presión y pues me</p>	<p>Psicosocial: "Yo no acabo de saber porque se me sube, porque yo no se me enojar".</p> <p>"...No salgo por ahí, que diga que camine mucho, que me agite ¿no?... ¿Será por el calor?".</p> <p>Tx. "Empecé ir con el doctor, pero iba y me componía que ya no iba, ya no regresaba, después me volvía a sentir mal, ahí voy otra vez con el doctor...Oiga pero es que usted debía de venir, dice ¡Tan luego! se acabe su medecina, si ¿usted cree?... para ir a cada rato con el médico a quihoras, no está fácil y</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		<p>siento bien tranquila, que no me duele nada"</p> <p>Alimentación: "...Evitar las grasas porque estoy pasada de peso y la carne de marrano es mala para la presión, comer poca sal, eso si lo hago, porque casi no me gusta salado".</p>	<p>aparte está retirado...pos tengo animales ¿con quien los dejo? ¿quién me les da agua? ¿quién me les da de comer? y para ir está difícil"... "A veces no iba porque no teníamos dinero, es lo primero".</p>
Entrevista 2 P	<p>"Hasta ahorita me la están checando, ¿estará bien o estará mal? no le sé decir, yo nunca les he explicado a los doctores y ahorita tampoco les he explicado, hasta hoy que le estoy diciendo a usted. Pero ya</p>	<p>Psicosocial: "Mis hijos procuran llevar la calma conmigo, para no hacerme enojar, ellos evitan hacerme enojar y de los problemas que tienen"</p>	<p>Psicosocial: "Pero de todos modos estoy pensando, desde que se fueron mis hijos al otro lado, no deja uno de pensar en ellos, tranquilo uno nunca está, por eso la presión anda pa'arriba y pa'abajo".</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
	<p>le digo: al doctor nunca le he dicho me pasa esto... Él me decía(médico)</p> <p>-¿ Como se siente usted de la presión?- Pues usted chéqueme, yo no le puedo decir porque yo no la siento, yo soy feliz. Ya me la checaba, nada más cruzaba las manos...(médico) ¡ay señora! ¿qué hago con usted?</p> <p>- yo le decía. ¿Qué quiere hacer? Pues nada, usted nada más deme medicina y punto...-(médico) Es que trae su presión bien</p>	<p>Tx: "Lo que Dios diga, yo no más me tomo la medecina y punto, porque yo ya le calé con yerbitas y estuve tomando cola de caballo y alpiste y no hay como la pastillita, porque voy y me la checo y está descontrolada, por eso no hay como la pastillita"</p> <p>Ejercicio: "A mi el ejercicio me hace muy bien, fijese que el ejercicio es muy bueno; a mi me hace bien"... "El doctor me dijo: mire, usted camine todos los días, desde su casa a la salida del rancho, todos los días. ¡Poder de Dios! Que dirá la gente, que estoy loca ¿no cree? Si camino,</p>	<p>Tx: "... Me fui de la clínica, porque ya no me hacía la Alfametildopa, no me hacían de las que me daban, ya no, entonces el doctor me dio un pase a Cerritos y dije: -¿Yo que voy a hacer a Cerritos? - Un chequeo general. Sabrá Dios que me irán a hacer allá. ¡Dios de mi vida! Yo no voy y no fui. La carta por ahí anda, yo no voy, por eso me fui con el doctor particular, me trujo a la vuelta y vuelta y no, si se me controló. Con pura pastilla Adalat Retar, mucho estuve comprando esa y después le empecé a revolver de la simple. Pero ahora ya, ya esas son las que me tomo y si no pues compro de esas otras que le</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
	<p><i>alta... Pero yo no la siento, usted nada más deme que tomar y es todo, usted no se preocupe por mí"... "A veces si siento cuando se me sube, siento flojerilla en mi cuerpo y me duele la nuca, me da sueño...y como con sueño empece, tanteo yo que es así cuando se me sube..."</i></p>	<p><i>pero para acá, donde nadie me vea"</i></p>	<p><i>dicen, Igroton. Y pues fijese que la tengo baja me tomo 2 y 2, pero si veo que me da sueño me tomo la otra, 3 y así. Antes me estaban dando 6, una doctora que estaba, dice. - Mire ¿cuántas se está tomando usted diario?. - Le dije 3. - No mire usted debe tomar 6 (2-2-2). - Mire doctora yo las estoy rindiendo, mire para venir hasta acá, para llevarlas está bien lejos, yo las rindo. - No usted tome 2-2-2, que le cuesta. - Y si por desgracia no encuentro, no pues en veces si me las tomo aunque sea la primera toma".</i></p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
			<p>Alimentación: "Mire yo lo que como: nopalitos, frijolitos, chilito, carnitas, hay de lo que tengamos, todo, mayormente grasa y de aceite, guiso con manteca de la marca que sea, el doctor me dijo que debía de comer carne blanca de pollo, pues si me gusta el pollo, para que digo que no, me la como, pero no, está mas sabrosa la de puerco y es la que le niegan a uno, la de res también está sabrosa, el pollo como que no, guiso mis portolas (sardina enlatada), le pongo tomatito, cebollita, ajito y sabe diferente, pero de la cajita no me la como, pero nada más un día, dos no, porque me aburre".</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
			Ejercicio: "El irme de allá – aquí y luego de aquí para la carretera es caminar. Es mucho caminar y también creo yo que sube la presión".
Entrevista 3 M	"Ya cuando se me sube la presión me duelen los ojos, aquí la frente, las manos y los pies, como que me desguanzo, pero es cuando me sube, menos no, estoy bien".	Psicosocial: " "No enojarse uno ¿verdad? Porque es cuando se le sube la presión, se le sube a uno enojándose, yo pienso que es eso"...: "Ya en veces ni hago caso, ya ni me enojo, ni con mis chiquillos, en veces ni me hacen caso, ya mejor ni les digo nada, si no me quieren ayudar que no me ayuden, ya ni me enojo, les digo ya pa' que me enojo"..."para no estar pensando me voy a atrás...así logra uno no pensar por un momento porque los	Psicosocial: "Yo pienso que no se me puede controlar, es cuando pienso así que esté como muy nojada, que estoy pensando que no más estoy piense y piense y es cuando me duele la cabeza porque cuando no pienso nada, estoy bien tranquila, mire no me duele nada, como que no estoy mala yo. Si me daba pendiente pues yo estaba sola y luego los muchachos que se salían por ahí y no venían pronto

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		<p><i>problemas no se olvidan"</i></p> <p>Red de apoyo: "...Ahora que estoy enferma si me apoya mi esposo y en la casa si me ayudan a barrer y a trapear... No pues ahorita ya siquiera él ya me ayuda con cualquier cosa, también ya no es igual a estar uno solo".</p> <p>Tx. "Hace días que ando bien de la presión, será porque me tomo, no se de a dos una en la mañana y otra en la tarde y a lo mejor por eso me voy controlando mas y pues tomarme mi medicamento a si como me dijeron".</p> <p>Alimentación: "Para cuidarme, no como sal, tomarme las pastillas y las gotitas que me dio doña Isaac, esas también me las tomo cuando me duele la cabeza. Me dicen que ya no</p>	<p><i>por eso me daba cuidado, ya ahorita ya le digo, si quiera él esta para que también les diga"...</i></p> <p><i>"Cuando me hacen enojar es cuando me enfermo o cuando como carne de puerco"...</i> por los problemas o cuando esta un muchacho fuera de la casa".</p> <p>Red de apoyo: "Cuando estoy sola, que mi esposo se va. Uno la hace de hombre y mujer no es igual cuando el esta, porque me preocupo por ellos, es lo que a mi me atrasa...y me siento mal".</p> <p>Tx: "Yo quería decirle que me había dicho que me tomara tres pastillas, no serán muchas tres pastillas ¿no me hará mal?"</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		<p><i>haga nada, porque d'este, a lo mejor también el cuerpo se cansa y le digo yo que ¿Ay como se va a cansar? Y yo en veces pienso cuidando que no, d'este, ya pa' si no estar mala, como bien desabrido, también no me gusta así dulce, eso es lo que hago yo, que me cuido".</i></p> <p>Ejercicio: "No salgo a caminar, a que horas, no tengo tiempo de salir, adonde voy es a la casa de mi suegra en las mañanas, así, a caminar, voy con mi hermana, voy al molino, a dejar al niño a la escuela, pero no todos los días, pero si camino".</p>	<p>Ejercicio: "Me dijo esta vez que otra vez la traía alta, pero yo pienso, por que venia caminando bien aprisa y cuando me la checo, me dijo que la traía alta"</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
Entrevista 4 P	<p>"Cuando estoy descontrolado, ando bien desesperado, muy bochornoso, como que me duele mucho la cabeza y me agito y luego me voy ahí, donde venden refrescos y me tomo una coca (mitad coca y la otra mitad le hecho agua), como que me siento bien, la coca un ratito me controla y luego ya más tarde me baño dos o tres bañadas con agua fría y me siento mejor"</p>	<p>Red familiar: "Mis hermanos me dan para el tratamiento y me dicen que me cuide que no ande por ahí demás, ellos me apoyan siempre".</p> <p>Tx: "Cuando me tomo las pastillas, me siento bien, ando controlado"</p> <p>Alimentación: " como bien desabrido, porque me dijeron que me la llevara medido en eso y pues no hay que hacerla mucho al motivo".</p>	<p>Psicosocial: " En veces me preocupo, porque no nos hablan los hermanos que están en el otro lado, soy bien apuron y creo que eso era lo que me hace esta haciendo mal".</p> <p>Tx: "Que no deje de tomarme mi tratamiento, ahorita ya tengo 1 mes que no me tomo nada, ya no la surtí, es que fui un día pero no la encontré, son tres al día una en la mañana, al medio día, pero como le digo se me acabó".</p> <p>Ejercicio: " ando de aquí paya, como le digo aquí hace uno ejercicio, si camino, de aquí a ya, poco porque que me agito y no puedo respirar, evito asolearme porque me puede traicionar"</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
Entrevista 5 L	"Cuando la traigo alta, ya ve que me debo de sentir mal, cuando ya estoy mal, siento me duele todo el cuerpo, tengo ganas de estar acostada, no tengo ganas de hacer nada, que me siento mal así como mareada."	<p>Psicosocial: "Hay veces, hay cosas en el hogar donde uno vive y si no le dan amor y comprensión, es lo que se necesita y luego si no se toma uno el medicamento como les dicen, eso también importa, si viven enojados peliados ¿con quien platican? la gente no más se encierra todo eso, ¿verdad? y es lo que más hace mal, o si tienen problemas ahí con los mismos".</p> <p>Red de apoyo: "Luego Reyna mi nuera me dice: - pues no haga esto porque está mala, no haga esto otro, porque luego puede</p>	<p>Psicosocial: "Si tuviera problemas ya estuviera más mala, me puede subir la presión"</p> <p>Red familiar: " si hay alguna cosa en la familia, también es donde se siento uno malo".</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		<p><i>estar mala..." Oiga pues más bien, estoy mejor... Hey gracias a Dios y a todos, gracias a Dios que todos me cuidan muy bien".</i></p> <p><i>Tx: "Yo compraba de esas Adalat, esas fueron los medicamentos que me dio, con otras medecinas, pero esa fueron las que me controlaron y pues sí, ya se me terminó, volví otra vez y la compré en la farmacia y ya la presión estaba bien controlada. Yo siempre tengo mis pastillas y cuando salgo me las llevo, me tomo mi medicamento y me controlo... A mí si me da miedo que se me suba, porque pues</i></p>	

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		<p><i>después no me puedo controlar, por eso no me la dejo de tomar, porque luego ya me siento muy mal así como mareada y me duele todo el cuerpo y tengo ganas de estar acostada (.....) El doctor me dijo que me tomara la pastilla, que es buena para la presión y pues me siento bien tranquila, que no me duele nada".</i></p> <p>Alimentación: <i>"Para que no me suba la presión, pues no como tantas cosas de las que me dicen que no coma..."</i></p> <p>Ejercicio: <i>" todos los días camino, no mucho, voy al rosario,</i></p>	

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		hago 15 minutos de ida y 15 de regreso, casi del diario, porque si no voy a una hora, voy a otra o cuando puedo, voy a las dos".	
Entrevista 6 J	"Pues definitivamente, como yo no siento nada, no pienso nada. Hago mis cosas bien. A veces me han dicho ando pasado de los limites, pero yo me siento bien.	<p>Psicosocial: "Cuando estoy estresado y cansado, muchas veces lo que hace uno, es, en este caso, salir a la calle y hablar con los amigos y pues salgo y se siente uno mejor, porque a veces uno le dice al amigo, no sabes que me pasa esto y lo otro y no, y pues le dan ánimo a uno"... a veces me pongo a leer un rato".</p> <p>Tx: " es importante que venga uno a checarse, pues yo siempre</p>	<p>Psicosocial: " puede ser por los problemas. Supongo yo que es por lo que se desmanda uno".</p> <p>Tx: " Será porque a veces no se toma uno el medicamento como dicen. Y no va uno a las consultas, pero no es por uno, es por el trabajo"</p>

INFORMANTES	DESCRIPCIÓN DEL DESCONTROL	CAUSAS QUE INFLUYEN	
		CONTROL	DESCONTROL
		<p><i>he venido. Pues tomarme mi medicamento así como me dijeron siempre"</i></p> <p>Alimentación: <i>No comer mucha sal, ni mucha coca, creo que eso es para que este controlada.</i></p>	

CURRICULUM VITAE

Datos personales.

Nombre: Amelia Serafín Ángeles

Fecha de Nacimiento: 5 de enero de 1977

Edad: 27 años

Estado civil: Soltera.

Domicilio: Madero # 610, zona centro, Rioverde, S.L.P.

Ocupación: Enfermera General.

Escolaridad.

Escuela: Escuela de Enfermería Cruz Roja Delegación San Luis Potosí.

Domicilio: Calzada de Guadalupe # 540, Barrio de San Miguelito

C.P.: 78330, San Luis Potosí, S.L.P.

Año: 1993-1996

Grado: Enfermera General.

Escuela: Facultad de Enfermería. XII Curso Complementario de Licenciatura en Enfermería.

Domicilio: Niño Artillero # 130

Año: 2001 - 2003

Experiencia laboral.

- Institución: Secretaría de Salud. Jurisdicción Sanitaria 4
Domicilio: Xilitla, S.L.P.
Año: 1998.
Puesto: Enfermera General.
- Institución: IMSS Oportunidades.
Domicilio: Madero # 111 Plaza la Palma, zona centro, Rioverde, S.L.P.
Año: 1999 – actualidad.
Puesto: Enfermera General.

CURRICULUM VITAE

Datos personales.

Nombre: Sandra Esperanza Mendoza Rocha

Fecha de nacimiento: 15 de noviembre 1975

Edad: 28 años.

Estado civil: Soltera

Domicilio: Benito Juárez # 730 Villa de Pozos, S.L.P. C.P.: 78421

Ocupación: Enfermera General

Escolaridad.

Escuela: Escuela de Enfermería Cruz Roja Mexicana Delegación San Luis Potosí

Domicilio: Calzada de Guadalupe # 540, Barrio de San Miguelito

C.P.: 78330, San Luis Potosí, S.L.P.

Fecha: 1993- 1996.

Grado: Enfermera General.

Escuela: Facultad de Enfermería XII Curso Complementario de Licenciatura en
Enfermería.

Domicilio: Niño Artillero # 130

Fecha: 2001 – 2003

Experiencia laboral.

- Empresa: Alambres Potosí, S.A.

Domicilio: Eje 114 #400 . Zona Industrial

Puesto: Enfermera General

Fecha: 1998 – 2003

- Instituto Mexicano del Seguro Social

Domicilio: Nicolás Zapata s/n Zona Centro CP 78000, San Luis Potosí

Fecha: 2003 – actualidad.

Puesto: Enfermera General.

