

## **Análisis de los planes de acción y planes para hacer frente a los obstáculos a la reducción de la ingesta de sal en las mujeres hipertensas<sup>1</sup>**

Rúbia de Freitas Agondi<sup>2</sup>

Maria Cecília Bueno Jayme Gallani<sup>3</sup>

Marilia Estevam Cornélio<sup>2</sup>

Roberta Cunha Matheus Rodrigues<sup>3</sup>

Este estudio transversal, basado en la teoría *Implementation Intentions*, describe los planes de acción desarrollados por las mujeres hipertensas (n=49) para añadir hasta 4g de sal/día a los alimentos y comer menos alimentos salados, así como las barreras percibidas y estrategias de afrontamiento para llevar a cabo los planes de acción. Los planes fueron agrupados como la similitud y la sometieron a un análisis de frecuencia. La mayor parte de los planes se refiere a la eficacia de la conducta de añadir a los alimentos 4g/sal/día/persona. Los planes de acción estaban dirigidos a la cuantificación de la sal y los principales obstáculos estaban relacionados con disminución de la palatabilidad de los alimentos bajos en sal. Estrategias de afrontamiento fueron dirigidos a preparar la comida por separado y en uso de especias naturales. Estos datos pueden ayudar a la enfermera en la dirección de las actividades clínicas y educativas.

Descriptores: Hipertensión; Cloruro de Sodio Dietético; Conducta Alimentaria.

<sup>1</sup> Artículo parte de la Disertación de Maestría "Efeito das estratégias de Planejamento da Ação e Enfrentamento de Obstáculos sobre a redução do consumo de sal entre mulheres hipertensas - um estudo piloto", presentada a lo Departamento de Enfermagem, de la Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Estudiantes de Doctorado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

---

Correspondencia:

Rúbia de Freitas Agondi  
Caixa Postal 711  
Centro  
CEP: 13271-970, Valinhos, SP, Brasil  
E-mail: rubia.agondi@gmail.com

## **Análise dos planos de ação e planos de enfrentamento de obstáculos para a redução do consumo de sal entre mulheres com hipertensão arterial sistêmica**

Este é um estudo transversal, baseado na teoria *Implementation Intentions*, cujo objetivo foi descrever planos de ação desenvolvidos por mulheres hipertensas (n=49) para adicionar, no máximo, 4g de sal/dia aos alimentos e reduzir o consumo de alimentos salgados, bem como barreiras percebidas e estratégias de enfrentamento para efetivar os planos de ação. Os planos foram categorizados quanto à similaridade e submetidos à análise de frequência. A maioria dos planos de ação e enfrentamento de obstáculos referiu-se à efetivação do comportamento para adicionar, no máximo, 4g/sal/dia/pessoa aos alimentos. As estratégias de ação foram voltadas para a quantificação do sal adicionado, e os principais obstáculos foram relacionados à menor palatabilidade dos alimentos com menos sal. Os planos de enfrentamento apontaram para o preparo, em separado, dos alimentos e uso de temperos naturais em substituição ao sal. Esses dados podem auxiliar o enfermeiro para direcionar atividades clinicoeducativas, visando a redução de consumo de sal entre pacientes que preparam sua alimentação.

Descritores: Hipertensão; Cloreto de Sódio na Dieta; Comportamento Alimentar.

### **Analysis of action plans and coping plans for reducing salt consumption among women with hypertension**

This cross-sectional study, based in implementation intention theory, describes action plans developed by women with hypertension (n=49) to add no more than 4g of salt per day to food and to reduce consumption of salty foods, as well as describing the barriers perceived and the coping strategies adopted for putting the action plans into practice. The plans were categorized according to similarities and were submitted to frequency analysis. The majority of the action and coping plans had to do with the effectuation of the behavior involving adding up to 4g of salt per day per person to food. The action strategies were aimed at quantifying the salt added, and the main obstacles were related to the reduced palatability of the food made with less salt. The coping plans have to do with preparing foods separately and to using natural seasonings instead of salt. This data can help the nurse to design activities for clinical education, with a view to reducing salt consumption among patients who prepare their own food.

Descriptors: Hypertension; Sodium Chloride, Dietary; Feeding Behavior.

## **Introducción**

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una afección de origen multicausal, siendo el elevado consumo de sodio, un factor llave en la elevación de los niveles presóricos entre hipertensos y normotensos<sup>(1)</sup>. Estudios experimentales, de población y de revisión sistemática demuestran relación directa entre la reducción del consumo dietético de sodio y la disminución de los niveles de presión arterial (PA) y, consecuentemente, del riesgo cardiovascular consecuentes de cuadros hipertensivos<sup>(2-4)</sup>.

La restricción dietética de sal es importante medida no farmacológica del manejo terapéutico del sujeto hipertenso, siendo recomendado para estos individuos el consumo al máximo de 4g/sal/día ó 1600mg/sodio/día<sup>(5)</sup>. Sin embargo, estudios recientes evidencian un consumo de sal en torno de 12,5 a 13g/día, entre hipertensos,

dado mayoritariamente por la adición de sal en el arreglo de los alimentos<sup>(6-7)</sup>.

Así, el desarrollo de intervenciones para reducción de la adición de sal al arreglo de los alimentos en esta población pasa a ser prioritario. El dibujo de la intervención depende, sin embargo, del establecimiento de los factores determinantes de la realización o no del comportamiento.

Estudio anterior<sup>(7)</sup> realizado para identificación de los factores predictores de consumo de sal entre hipertensos, por medio de la colocación de una versión ampliada de la Teoría del Comportamiento Planeado (TPB)<sup>(8)</sup>, constató que intención fue el principal predictor del comportamiento de adición de sal a los alimentos. Sin embargo, a pesar de reproducir el presupuesto de los modelos cognoscitivo-comportamentales según quiénes, la motivación para

actuar (intención) es el principal determinante para la acción (comportamiento)<sup>(9-10)</sup>, se observó que la intención explicó solamente 22% de su variabilidad. Tal resultado caracteriza lo que en la literatura ha sido llamado de *gap* en la relación intención-comportamiento, dado principalmente por individuos que poseen intención positiva para la realización del comportamiento, pero que fallan en su implementación<sup>(11)</sup>.

La estrategia llamada de *Implementation intentions* tiene como finalidad auxiliar individuos a traducir intenciones positivas en comportamiento efectivo. Esta estrategia ha sido dividida por algunos autores en dos componentes: Planificación de Acción (*Action Planning*)<sup>(12)</sup> y Planificación de Enfrentamiento de Obstáculos (*Coping Planning*)<sup>(13)</sup>. La planificación de acción consiste en simulación mental conectando pistas situacionales y repuestas comportamentales concretas a situaciones futuras, especificando cuando, como y donde será realizada una determinada acción. La planificación de acción es vista como una herramienta para el desarrollo de habilidades autorregulatorias para auxiliar en el cambio comportamental, trayendo la conciencia del individuo el parear entre las situaciones futuras de realización del comportamiento y las respuestas de enfrentamiento posibles<sup>(12)</sup>.

La Planificación de enfrentamiento de obstáculos es enfocada en las situaciones de riesgo o barreras que pueden impedir o interferir negativamente en la realización de un comportamiento-meta<sup>(13)</sup>. Se trata de una planificación cognoscitiva independiente y representa una relación mental entre la anticipación de situaciones de riesgo para la no realización del comportamiento planeado y las respuestas de enfrentamiento posibles. Esta planificación objetiva capacitar el individuo para actuar de acuerdo con su intención mismo en situaciones en las que las barreras u obstáculos alteran la acción destinada o cuando comportamientos contra-intencionales son evocados<sup>(14)</sup>.

Para nuestro conocimiento, ningún estudio hasta el momento aplicó la estrategia de *implementation intentions* para reducción del consumo de sal. La identificación de la manera como pacientes hipertensos imaginan ser posible efectuar un consumo restringido de sodio, así como de las posibles barreras anticipadas y las estrategias identificadas para superarlas suministra subsidios para actuación del enfermero que desea implementar intervención objetivando la reducción del consumo de sodio también en otras poblaciones. Así, este estudio tiene como objetivo describir los planes de acción desarrollados por estas mujeres hipertensas para adición al máximo de 4g de sal/día a los alimentos y reducción del consumo de alimentos con alto tenor de sal, así como las barreras percibidas y respectivas estrategias de enfrentamiento con hipótesis para conseguir efectuar el plan de acción.

## Método

Este estudio es un corte transversal de estudio experimental más amplio<sup>(15)</sup>, que verificó el efecto de la intervención de planificación de acción y de enfrentamiento de obstáculos sobre la reducción del consumo de sal entre mujeres hipertensas. En el presente estudio, fue hecho un análisis descriptivo-exploratorio de las planificaciones elaboradas por las mujeres hipertensas. El estudio fue realizado en tres ambulatorios especializados en el servicio al paciente hipertenso y una unidad básica de salud de Campinas - Brasil. Fueron sujetos de este estudio las 49 mujeres hipertensas incluidas en el grupo intervención del estudio experimental<sup>(15)</sup>, cuyos criterios de inclusión en el estudio fueron edad superior a 18 años, estar en acompañamiento clínico hace más de seis meses y ser responsables por el arreglo de sus comidas. Las participantes fueron caracterizadas en cuanto a variables sociodemográficas (edad, etnia, escolaridad en años completos, estado civil, vínculo de empleo y renta mensual individual y familiar por instrumento antepasadamente validado<sup>(6-7)</sup>) y clínicas (presión arterial<sup>(16)</sup> y índice de masa corporal logrados por examen físico en el momento de la entrevista). La caracterización del consumo de sal fue realizada por medio de dos instrumentos de auto-retrato validados en estudios anteriores<sup>(6-7)</sup> (consumo de sal *per cápita* y cuestionario de evaluación del consumo de condimentos listos) y de la excreción urinaria de 24h de sodio, lograda por el análisis de espectrometría de reabsorción atómica de muestra de orina de 24h.

## Estrategias de Planificación

Las estrategias de planificación fueron realizadas en sesiones individuales, una semana después de la inclusión del individuo en el estudio, con el empleo de los siguientes formularios:

Planificación de Acción: formulario en el cual el sujeto de pesquisa apuntó, con la ayuda de la investigadora, hasta tres planes de acción sobre cuando, donde y como apocar la adición de sal al arreglo de los alimentos en los próximos dos meses. El formulario inicia con la instrucción: Piense sobre su alimentación en el día-a-día, en los próximos dos meses. ¿Cuándo, dónde y cómo usted planea apocar la adición de sal a los alimentos? Escribiremos juntos sus planes en la tabla que será mostrada. Se recuerde que cuanto más sea preciso y realista en la determinación de sus planes y cuanto más haga sus planes por su cuenta, más chance tendrá de conseguir implementarlos. El formulario termina con la siguiente información: Memorice sus planes cuidadosamente. Visualice las situaciones y qué usted planeó. Busque mantener un

fuerte comprometimiento para actuar según planeó.

Planificación de Enfrentamiento de Obstáculos: formulario en el cual el sujeto apunta, con ayuda o no del profesional, hasta tres posibles obstáculos para reducir el consumo de sal y las respectivas estrategias para superarlos. El formulario comienza con la instrucción: Piense en los obstáculos o barreras que pueden interferir en su reducción del consumo de sal. ¿Cómo podría superar estos obstáculos o barreras? Escribiremos juntos sus planes en la tabla que será mostrada. Una vez más, se recuerde que cuanto más sea preciso y realista en la determinación de sus planes y cuanto más haga sus planes por su cuenta, más chance tendrá de conseguir implementarlos. El formulario termina con la siguiente orientación: Visualice las situaciones y sus planificaciones para enfrentar los obstáculos y busque mantener un fuerte comprometimiento para actuar según planeó.

Las planificaciones fueron desarrolladas en dos vías, una en pose del pesquisador y otra del sujeto de pesquisa, que fue orientado a mantenerla en ambiente visible y consultarla siempre que haya duda. Los individuos fueron estimulados a desarrollar sus planes para efectuar el comportamiento de adición de hasta 4g/sal/día por persona adulta en el arreglo de los alimentos y reducción del consumo de alimentos con alto tenor de sal. Cuando necesario, el pesquisador auxilió en la elaboración de los planes.

### Análisis de los datos y Aspectos Éticos

El análisis de los planes desarrollados fue efectuado según recomendaciones para análisis de contenido en el contexto de teorías del estudio comportamiento<sup>(17-18)</sup>. Tres listas fueron elaboradas: una para los planes de la acción, una para los obstáculos anticipados y otra para

las planificaciones de enfrentamiento de obstáculos. Las planificaciones, así como los obstáculos, fueron agrupados según similitudes, en cada un de los dominios investigados, posibilitando la determinación de su frecuencia. Cada un de los ítems fue numerado, de acuerdo con el cuestionario de origen, posibilitando la identificación del contexto y futuros cruces de informaciones. En todas las listas, las planificaciones y los obstáculos fueron separados de acuerdo con el comportamiento visado (reducir la adición de sal a los alimentos o reducir el consumo de alimentos con elevado tenor de sal). Dos encuestadores realizaron el análisis y categorización de los datos de manera independiente. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo (medias, desvío padrón y medianas para las variables continuadas y de frecuencia para las variables categóricas). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación local (parecer 259/2009). Todos los sujetos de la investigación firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido y recibieron copias.

## Resultados

### Caracterización Sociodemográfica, Clínica y del Consumo de sal

La Tabla 1 describe las características sociodemográficas y clínicas, así como el consumo de sal de las pacientes del estudio. La muestra fue constituida principalmente de mujeres casadas, inactivas profesionalmente o amas de casa, obesas, con bajo nivel de escolaridad y de renta mensual. El consumo de sodio, estimado por medio de la excreción urinaria de sodio fue por lo menos dos veces mayor que recomendado para portadores de HAS.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas y de consumo de sal (n=49), Campinas, SP, Brasil, 2010/2011.

	N	%
Institución		
Ambulatorios	29	59,2
UBS	20	40,8
Etnia		
Caucasianos	25	51,0
No caucasianos	24	48,9
Estado Civil		
Sin Compañero	21	42,9
Con Compañero	28	57,1
Ocupación		
Activo	8	16,3
Inactivo	21	42,7
Ama de casa	20	40,8

(continúa...)

Tabla 1 - Continuación

	Media (dp)	Mediana (IQR)	Variancia
Edad	59,4 (8,0)	59,0 (12,0)	37-78
Escolaridad	4,0 (3,0)	4,0 (3,0)	0-13
Renta individual*	1,0 (0,8)	1,0 (1,5)	0-3,3
Renta familiar*	2,4 (1,8)	2,0 (1,9)	0-7,5
Presión arterial media	105,4 (16,1)	103,7 (17,3)	75,3-158,3
Índice de masa corporal	31,7 (6,2)	31,7 (8,2)	19,1-49,5
Consumo de sal per cápita <sup>†</sup>	6,7 (4,8)	5,3 (6,7)	2,0-26,7
Consumo de condimentos listos <sup>‡</sup>	0,6 (0,8)	0,2 (0,8)	0-3,2
Consumo de sal total <sup>†</sup>	7,3 (4,9)	5,7 (7,3)	2,2-26,7
Sodio Urinario	171,2 (70,1)	156,2 (95,7)	56,0-384,8
Consumo de sal estimado por el Sodio Urinario <sup>†</sup>	9,9 (4,1)	9,1 (5,5)	3,2-22,3

\*en sueldos mínimos (SM) de Brasil (1 SM = R\$510,00); <sup>†</sup>en gramos; <sup>‡</sup>consumo de sal consecuente del uso de condimentos listos en gramos; dp: desvío padrón; IQR: inter cuartil range.

### Planificación de Acción y Planificación de Enfrentamiento de Obstáculos

Fueron desarrollados en media 2,5 ( $\pm 0,6$ ) planes de acción y 1,6 ( $\pm 0,91$ ) planes de enfrentamiento de obstáculos por sujeto de pesquisa. La Tabla 2 describe los planes de acción, obstáculos percibidos y planes

de enfrentamiento para la adición de hasta 4g/sal/día/persona a los alimentos. Los planes de acción más frecuentes fueron referentes a utilizar o despegar una cuchara de té de sal/día/persona para añadir a los alimentos (97,9%) y despegar una cuchara de té para utilizarla como medidor de la sal a ser añadido a los alimentos (51,0%).

Tabla 2 - Descripción de los planes de acción, obstáculos y estrategias de enfrentamiento de obstáculos para el comportamiento de añadir hasta una cuchara de té de sal por día/persona en el arreglo de los alimentos, Campinas, SP, Brasil, 2010/2011.

	n (%)
Planes de Acción (n=49)	
1. Utilizar/Aislar una cuchara de té de sal por día por persona para añadir a los alimentos.	48 (97,9)
2. Aislar una cuchara de té para ser utilizada como medidor de la sal a ser añadida en los alimentos.	25 (51,0)
3. Dejar de añadir sal en preparaciones específicas, como arroz, ensaladas y legumbres.	9 (18,4)
4. Utilizar solamente la sal cuantificada para añadir a los alimentos.	2 (4,1)
5. No usar sal en el arreglo de condimentos caseros.	1 (2,0)
6. Substituir algunas comidas saladas en la semana por vitaminas o jugo de frutas.	1 (2,0)
7. Utilizar condimentos naturales en sustitución a la sal o condimentos listos añadidos a los alimentos.	1 (2,0)
Obstáculos Percibidos (n=44)	
1. Reclamación de la familia con relación al sabor de los alimentos.	16 (36,4)
2. Presencia de visitas para comidas en el domicilio.	16 (36,4)
3. Menor palatabilidad de los alimentos.	15 (34,0)
4. Otros miembros de la familia que cocinan y añaden más sal del que el recomendado en las preparaciones alimentares.	1 (2,3)
5. Creencia de que la presión arterial propia o de familiar reducirá demás.	1 (2,3)
Estrategias de Enfrentamiento (n=44)	
1. Utilizar condimentos naturales en sustitución a la parte de la sal añadida o condimentos listos.	12 (27,3)
2. Arreglar los propios alimentos aisladamente de los alimentos para la familia o visitas.	11 (25,0)
3. Arreglar los alimentos con la cantidad de sal adecuada y pedir a los familiares o visitas que añadan sal a su comida.	10 (22,7)
4. Reforzar junto a la familia y recordarse de la importancia de la disminución del consumo de sal para la salud individual y colectiva.	5 (11,3)
5. Condimentar separadamente los propios alimentos, de los alimentos de los familiares y visitas.	4 (9,0)
6. Añadir, dentro de la cantidad medida de sal, más sal en determinadas preparaciones alimentares (principalmente las carnes) y menos en otras (principalmente las ensaladas).	3 (6,8)
7. Solicitar a los familiares que dispongan los alimentos con la cantidad adecuada de sal.	3 (6,8)
8. Utilizar apenas la sal medida para el día para disponer los alimentos.	2 (4,5)
9. Reducir progresivamente la cantidad de sal añadida a los alimentos.	1 (2,3)

Tabla 3 - Descripción de los planes de acción, obstáculos y estrategias de enfrentamiento identificados para el comportamiento de evitar el consumo de alimentos con alto tenor de sodio y condimentos listos, Campinas, SP, Brasil, 2010/2011).

	n (%)
Planes de Acción (n=49)	
8. Dejar de consumir o apocar la frecuencia/porción de consumo de alimentos con alto tenor de sal.	32 (65,3)
9. Dejar de consumir o disminuir la frecuencia/porción de consumo de alimentos con alto tenor de sal	4 (8,2)
10. Evitar la compra de alimentos listos ya temperados en el supermercado.	1 (2,0)
Obstáculos Percibidos (n=44)	
6. Comer fuera de casa (en restaurantes, cafeterías y, principalmente, casa de parientes) o pedir alimentos para entrega en casa ( <i>delivery</i> ).	23 (52,3)
7. Consumo de alimentos con elevado tenor de sal intrínseca.	7 (15,9)
Estrategias de Enfrentamiento (n=44)	
10. Servirse fuera de casa preferencialmente de alimentos no temperados (ensaladas crudas, legumbres cocidos sin sal).	16 (36,4)
11. Dejar de consumir alimentos con alto tenor de sal o consumirlos en menor frecuencia o cantidad.	7 (15,9)
12. Substituir preparaciones ricas en sal por comidas con menor cantidad de este nutriente.	3 (6,8)
13. Dejar de comer en restaurantes, cafeterías o casa de familiares.	2 (4,5)

Los obstáculos mencionados con frecuencia equivalente fueron: reclamación de la familia con relación al sabor de los alimentos (36,4%), presencia de visitas para comidas en el domicilio (36,4%) y menor palatabilidad del alimento (34,0%). Los planes de enfrentamiento elaborados para superar los obstáculos fueron: uso de condimentos naturales en sustitución a la sal o condimentos listos (27,3%), arreglo en separado de los alimentos para consumo propio (25,0%) y pedir a familiares/visitas para añadir sal a sus comidas después de su arreglo (22,7%).

Para el comportamiento de reducir el consumo de alimentos con alto tenor de sal y condimentos listos, el

plan de acción más frecuente fue dejar de comprar o apocar la frecuencia/porción de consumo de condimentos listos (65,3%). El obstáculo más relatado (52,3%) fue comer fuera de casa (en restaurantes o en casa de familiares), lo que dificulta el control sobre la cantidad de sal añadida a los alimentos. En lo que se refiere a la planificación de enfrentamiento de obstáculos, lo más frecuente fue servirse fuera de casa preferencialmente de alimentos no temperados (ensaladas crudas, legumbres cocidos sin sal) (36,4%).

La Figura 1 presenta la asociación entre los planes de acción, obstáculos percibidos y las estrategias de enfrentamiento posibles.

Plan de Acción	Obstáculo	Estrategia de Enfrentamiento	
Utilizar una cuchara de té de sal/ persona/día a los alimentos.	Extrañamiento del sabor de los alimentos.	Reforzar que comer poca sal es importante para la salud.	
		Utilizar condimentos naturales.	
		Añadir, dentro de la cantidad medida de sal, más en algunas preparaciones.	
	Reclamación de la familia con relación al sabor de los alimentos.		Temperar preparaciones específicas con más sal para los familiares.
			Pedir que familiares añadan sal a los platos.
			Reducir progresivamente la cantidad de sal de los alimentos.
			Reforzar que comer poca sal es importante para la salud.
			Cocinar mi comida aislada.
	Comer fuera de casa o en casa de parientes.		Dejar de comer fuera de casa.
			Servirse fuera de casa preferencialmente de alimentos no temperados.
			Dejar de consumir alimentos con alto tenor de sal.
			Pedir a los familiares que añadan la cantidad de sal adecuada.
			Sustituir el consumo de preparaciones ricas en sal por otras con menor cantidad de ese nutriente.
	Presencia de visitas en casa		Cocinar mis alimentos aislados de los alimentos de las visitas.
			Pedir a las visitas que añadan sal a los platos.
			Condimentar aisladamente preparaciones específicas para las visitas.
			Utilizar apenas la sal medida para disponer los alimentos.
	Otro miembro de la familia en la cocina.		Pedir a los familiares que añadan a los alimentos la cantidad de sal adecuada para el día.
Creencia familiar de que la presión arterial caerá demás.		Pedir a los familiares que añadan sal a los platos.	

(continúa...)

Dejar de utilizar condimentos listos.	Extrañamiento del sabor.	Utilizar condimentos naturales.
	Otro miembro de la familia en la cocina.	Pedir a los familiares que añadan a los alimentos la cantidad de sal adecuada para el día.
	Reclamación de la familia con relación al sabor de los alimentos.	Pedir que familiares añadan sal a los platos.
Dejar de consumir alimentos con alto tenor de sal.	Comer fuera de casa.	Servirse fuera de casa preferencialmente de alimentos no temperados.
	Consumo de alimentos con alto tenor de sal.	Dejar de consumir o consumir alimentos con elevado tenor de sal en menor frecuencia o cantidad.
Sustituir comidas saladas por vitaminas o jugo.	Comer fuera de casa.	Servirse fuera de casa preferencialmente de alimentos no temperados.
Dejar de añadir sal en preparaciones específicas.	Reclamación de la familia con relación al sabor de los alimentos.	Condimentar aisladamente preparaciones específicas para la familia.
		Reforzar que comer poca sal es importante para la salud.
	Extrañamiento del sabor.	Utilizar condimentos naturales.
	Presencia de visitas en casa.	Utilizar solamente la sal medida para el día.

Figura 1 - Asociación entre Planes de Acción, Obstáculos y Estrategias de Enfrentamiento. Campinas, SP, Brasil, 2010/2011.

## Discusión

Se observó en el grupo estudiado, consumo medio de la sal (estimado por el sodio urinario) mayor que el doble del recomendado por la literatura para portadores de hipertensión arterial<sup>(5)</sup>, relacionado principalmente a la adición de la sal en el arreglo de los alimentos, corroborando con hallazgos de estudios anteriores<sup>(6-7)</sup>, confirmando la necesidad del desarrollo de intervenciones enfocadas en este comportamiento.

Este estudio tuvo como objetivo analizar los planes de acción, obstáculos y planes de enfrentamiento elaborados por mujeres hipertensas para reducción de la adición de sal en el arreglo en los alimentos, así como del consumo de alimentos con alto tenor de sal y condimentos listos. La realización de esas planificaciones es etapa central en la estrategia de *Implementation Intentions*, que objetiva auxiliar el individuo a implementar una intención positiva en comportamiento efectivo, sirviendo como un "guía para la acción"<sup>(12-14)</sup>.

El análisis de las entrevistas apuntó para la diversidad de planes de acción así como de anticipación de obstáculos y de planes de enfrentamiento coherentes entre sí y formulados por las propias pacientes de modo independiente o con auxilio de la pesquisadora, como previsto en la estrategia de *Implementation Intentions*.

Se observa que las pacientes elaboraron mayor número de planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos para el comportamiento de utilizar al máximo 4g de sal en el arreglo de los alimentos. Una vez que la sal añadida a los alimentos es la principal fuente contribuidora para el consumo total de sal en este grupo, la implementación de estos planificaciones debe colaborar de manera significativa para la reducción de la ingestión del nutriente.

A continuación son discutidos algunos aspectos referentes a los planes de acción, obstáculos y planes de enfrentamiento más frecuentes en el grupo estudiado.

Entre las planificaciones de acción para efectuar el comportamiento de añadir a lo más una cuchara de té

de sal/día/persona a los alimentos, se destaca el plan de utilizar una medida para cuantificar la sal utilizada en el arreglo de los alimentos. Estudio previo que evaluó los determinantes de este comportamiento junto a mujeres hipertensas<sup>(7)</sup> constató que cuanto más elevado el score del hábito de no controlar el uso de la sal, menos motivado se encontraba el individuo para adopción del comportamiento. En el referido estudio, las creencias que lograron mayor score fueron: "usar más de 4g de sal por día en el arreglo de los alimentos es: algo que hago automáticamente, hago frecuentemente y hace parte de mi día a día".

Hábito es definido como una secuencia de actos aprendidos que se vuelven respuestas automáticas en el cotidiano, siendo la automaticidad e inconsciencia los más importantes elementos que lo caracterizan. En este contexto, el comportamiento es guiado por estructuras implícitas, sin la tomada de decisión<sup>(19)</sup>. Así, los planes elaborados retractan la tentativa de modificar el carácter automático que cerca la práctica alimentar de la falta de control en la adición de sal y se revelan importantes para esta población.

Entre los obstáculos referidos para la reducción del consumo de sal se destacaron la reclamación de la familia con relación al sabor de los alimentos, presencia de visitas para comidas en el domicilio y menor palatabilidad de los alimentos. Resultados semejantes fueron observados también junto a pacientes portadores de insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal<sup>(20-21)</sup>. Frente a las estrategias de enfrentamiento de obstáculos formuladas para este comportamiento, como utilizar condimentos naturales en sustitución a parte de la sal añadida a los alimentos, se demuestra que las propias pacientes buscan contornar la reducción del placer en la alimentación causada por la reducción de la sal, con la sustitución de ese por otros condimentos. Se observa la importancia dada por las pacientes al hecho de reconocerse y respetar el aspecto hedónico que cerca la alimentación, con adopción de prácticas alternativas al uso de la sal.

En lo que se refiere a la reducción del consumo de alimentos con alto tenor de sal, más de la mitad de las pacientes refirieron como obstáculo el hecho de comer fuera de casa. En estudio realizado con 246 portadores de insuficiencia cardíaca, aproximadamente mitad de los entrevistados refirió como barrera el hecho de amigos o familiares no ofrecer opción de alimentos con poca sal en sus domicilios<sup>(20)</sup>. Sin embargo, se observó que las pacientes fueron capaces de formular estrategias para sobreponer esta dificultad, como servirse preferencialmente de alimentos no temperados.

Otro aspecto abordado con frecuencia en los obstáculos fue la preocupación con la opinión de familiares y de visitas sobre el sabor de los alimentos listos con menor tenor de sal. Para estos obstáculos, las estrategias de enfrentamiento propuestas fueron: disponer separadamente las comidas de ellos con relación al restante de la familia o de las visitas y aun, pedir a los familiares/visitas que añadan sal a los propios platos, si así desean. Las pacientes destacaron aun la importancia de reforzar junto a la familia la necesidad del consumo de alimentos con menos sal no apenas para la salud individual, pero para la salud de la familia.

Se observa que el plan de acción que más presentó obstáculos relacionados a su realización fue el plan referente a la utilización de una cuchara de té de sal por día/persona al arreglo de los alimentos (que se relacionó con seis de los diez obstáculos referidos para este comportamiento). Tal fenómeno sugiere que esta planificación, a pesar de frecuente en la población del estudio, se reporta a comportamiento que las pacientes perciben cómo difícil de ser implementado.

Estudios realizados con mujeres hipertensas y portadoras de Insuficiencia cardíaca<sup>(21-22)</sup> identificaron la falta de actividades educativas y de orientación visando a la restricción del consumo de sal - realizados por profesional de salud - como importante barrera percibida para la reducción de la ingestión de sal. Aun en estos estudios, el acompañamiento de profesional de salud en el auxilio al cambio de este comportamiento fue apuntado como una estrategia de enfrentamiento de las dificultades percibidas para la reducción del consumo de sal. El empleo de las estrategias acordadas de planificación de acción y de enfrentamiento de obstáculos puede ser un medio efectivo para el cambio de la práctica alimentar relacionada la ingestión de sodio.

Es supuesto que la formulación de la planificación de la acción aumente la chance de un individuo actuar según pretendido y también de iniciar más rápidamente el comportamiento-meta<sup>(12)</sup>. La especificación de cuando, donde y como será realizada una determinada acción permiten reportar pistas situacionales y respuestas comportamentales concretas a situaciones futuras, haciendo con que reacciones espontáneas puedan

ser sustituidas por planificaciones antepasadamente contruidos<sup>(12)</sup>. La planificación de enfrentamiento de obstáculos es, por su vez, enfocado en las situaciones de riesgo o barreras que pueden impedir o interferir negativamente en la realización de un comportamiento-meta, accionando respuestas de enfrentamiento auto-regulador necesarias y accesibles al sujeto, en consecuencia de sus experiencias previas<sup>(13-14)</sup>.

Así como la literatura bien destaca<sup>(8)</sup>, apenas el suministro de la información no es suficiente para cambio de los comportamientos en salud. La fuerza de este estudio recae sobre los elementos identificados en la población-meta como importantes para hacer viable la reducción del consumo de sal. Las pacientes reconocieron medios de como hacerlo, así como los obstáculos posibles y como superarlos. Estas informaciones son importantes para el enfermero que objetiva auxiliar mujeres hipertensas en la reducción del consumo de sal. Estudios posteriores, abarcando una mayor diversidad de clientela, como hombres y mujeres hipertensos que no son responsables por el arreglo de las propias comidas, así como otros comportamientos relacionados al consumo de sal, podrán traer subsidios importantes para ampliar el objetivo de las intervenciones clínico-educativas del enfermero.

## Conclusiones

Se constata que los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos elaborados fueron coherentes en su mayoría, destacándose la cuantificación de la sal utilizada durante o después del arreglo de los alimentos como el principal plan de acción. La pérdida de la palatabilidad del alimento percibida por la propia paciente o sus referentes sociales fue la barrera más frecuente; teniendo como planes de enfrentamiento, el arreglo en separado de los alimentos para consumo propio y uso de condimentos naturales. Esos datos pueden ayudar el enfermero a dirigir su actividad clínico-educativa objetivando a la reducción de consumo de sal entre pacientes que disponen su propia alimentación.

## Referencias

1. He FJ, MacGregor GA. Reducing Population Salt Intake Worldwide: From Evidence to Implementation. *Prog Cardiovasc Dis.* 2010;52:363-82.
2. Altun B, Arici M. Salt and Blood Pressure: Time to Challenge. *Cardiology.* 2006;105:9-16.
3. Cappuccio FP, Kerry SM, Micah FB, Plange-Rhule J, Eastwood JB. Community programme to reduce salt intake and blood pressure in Ghana. *BMC Public Health.* 2006;6(13):1-11.

4. Elliott P, Walker LL, Little MP, Blair-West JR, Shade RE, Lee R, et al. Change in Salt Intake Affects Blood Pressure of Chimpanzees: Implications for Human Populations. *Circulation*. 2007;116:1563-8.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 supl 1):1-51.
6. Ferreira-Sae MCS, Gallani MCBJ, Nadruz Júnior W, Rodrigues RCM, Franchini KG, Cabral PC, et al. Reliability and validity of a semi-quantitative FFQ for sodium intake in low-income and low-literacy Brazilian hypertensive subjects. *Pub Health Nutr*. 2009;28:168-73.
7. Cornélio ME, Gallani MCBJ, Godin G, Rodrigues RCM, Mendez RDR, Nadruz W Junior. Development and reliability of an instrument to measure psychosocial determinants of salt consumption among hypertensive patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(5):701-7.
8. Ajzen I. The theory of Planned behavior. *Organizational behavior and human Decision processes*. *Psychol Rev*. 1991;50:179-211.
9. Fishbein M, Ajzen I. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
10. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health*. 2011;26(9):1113-27.
11. Orbell S, Sheeran P. "Inclined abstainers": A problem for predicting health-related behavior. *Br J Soc Psychol*. 1998;37:151-65.
12. Gollwitzer PM. Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. *Am Psychol*. 1999;54(7):493-503.
13. Sniehotta FF, Nagy G, Scholz U, Schwarzer R. Action control during the first weeks of health behavior change: A longitudinal study with CHD patients. *Br J Soc Psychol*. 2004;45:87-106.
14. Sniehotta FF, Schwarzer R; Scholz RSU, Schuz B. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *Eur J Soc Psychol*. 2005;35:565-76.
15. Agondi RF. Efeito das estratégias de Planejamento da Ação e Enfrentamento de Obstáculos sobre a redução do consumo de sal entre mulheres hipertensas – um estudo piloto [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
16. US Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication. 2004. [acesso 14 mar 2009]. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension>.
17. Godin G, Gagné C. Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé. École des sciences infirmières, Université Laval; 1999. [acesso 22 abr 2011]. Disponível em: [http://www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Rapp/Guide\\_mesure\\_variables.pdf](http://www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Rapp/Guide_mesure_variables.pdf).
18. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its application to health-related behaviors. *Am J Health Promotion*. 1996;11(2):87-98.
19. Verplanken B, Myrbakk V, Rudi E. The measurement of habit. In: Betsch T, Haberstroh S. *The routines of decision making*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2005. p. 231-47.
20. Lennie TA, Worrall-Carter L, Hammash M, Odom-Forren J, Roser LP, Smith CS, et al. Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(1):6-11.
21. Brito-Ashurst I, Perry L, Sanders TAB, Thomas JE, Yaqoob MM, Dobbie H. Barriers and facilitators of dietary sodium restriction amongst Bangladeshi chronic kidney disease patients. *J Hum Nutr Diet*. 2011;24:86-95.
22. Sheahan SL, Fields B. Sodium dietary restriction, knowledge, beliefs, and decision-making behavior of older females. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20:217-24.

Recibido: 22.7.2011

Aceptado: 12.4.2012

### Como citar este artículo:

Agondi RF, Gallani MCBJ, Cornélio ME, Rodrigues RCM. Análisis de los planes de acción y planes para hacer frente a los obstáculos a la reducción de la ingesta de sal en las mujeres hipertensas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2012 [acceso: \_\_\_\_\_];20(3):[9 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día  
mes abreviado con punto  
año

URL