

CONCEPCIONES CULTURALES ASOCIADAS CON LA ADHERENCIA MÉDICA EN  
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

GIMENA MEJÍA ARANGO

CONVENIO CINDE – UNIVERSIDAD DE MANIZALES  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO  
MANIZALES  
2004

CONCEPCIONES CULTURALES ASOCIADAS CON LA ADHERENCIA MÉDICA EN  
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

GIMENA MEJÍA ARANGO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de  
Magistra en Educación y Desarrollo Humano

Tutores:

Carlos Valerio Echavarría, Candidato a Ph.D en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud  
Maicol Mauricio Ruiz, Magíster en Educación y Desarrollo Humano

CONVENIO CINDE – UNIVERSIDAD DE MANIZALES  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO  
MANIZALES  
2004

Nota de aceptación

---

---

---

---

Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Manizales, julio de 2004

## AGRADECIMIENTOS

Por el apoyo brindado en la construcción de este estudio que culmina en el día de hoy, la autora expresa sus más sinceros agradecimientos a:

Carlos Valerio Echavarría Grajales, Maicol Mauricio Ruiz, tutores.

Ligia Inés García, Jorge Octavio López, Cecilia Luka Escobar, Carmen Dussan Luberth, Patricia López Jaramillo, Rubi Nelly López Gardner, Margarita María Mejía Aristizábal y Gladys Giraldo Montoya, colaboradores.

Guillermo, Miller, Iria, Piedad, Hernando, Octavio, Aixa, Stella, Rosalba y demás participantes.

Salud Total E.P.S. sucursal Manizales.

Mis padres y a toda mi familia.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. METODOLOGÍA	14
2. ANTECEDENTES DE LAS CONCEPCIONES CULTURALES ASOCIADAS CON LA ADHERENCIA MEDICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (HTAS)	24
2.1 AREA PROBLÉMICA	25
3. DEL PACIENTE Y SU ENFERMEDAD	37
4. LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	55
5. IMPLICACIONES DE LA ADHERENCIA MÉDICA EN LA VIDA DEL PACIENTE	81
CONCLUSIONES	115
GLOSARIO	118
BIBLIOGRAFÍA	121
Anexo A. Encuesta	130
Anexo B. Preguntas y temáticas abordadas en los grupos de discusión	134

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Pacientes que asistieron a controles de HTAS en Salud Total EPS durante el mes de noviembre de 2002	15
Tabla 2. ¿Qué hizo usted cuando le dijeron que era hipertenso?	48
Tabla 3. ¿Porqué creen que algunos pacientes pese a sufrir hipertensión arterial no siguen el tratamiento?	91
Tabla 4. Razones para suspender los medicamentos	97
Tabla 5. Otras razones para suspender los medicamentos	98

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Relación variables del estudio	21
Figura 2. ¿El hecho de ser hipertenso lo limita en su vida diaria?	49
Figura 3. Comorbilidad	51
Figura 4. ¿Olvida tomar su medicamento para la Hipertensión Arterial?	83
Figura 5. ¿Sigue las recomendaciones que le hace su médico acerca de la presión arterial?	92

## **RAE**

### **Título:**

Concepciones culturales asociadas con la adherencia médica en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

### **Autor:**

Gimena Mejía Arango

### **Palabras clave:**

Concepciones culturales, Adherencia médica, Hipertensión Arterial Sistémica.

### **Objetivo general:**

Comprender las concepciones culturales que configuran la adherencia al tratamiento médico en pacientes con HTAS pertenecientes al programa de HTAS de Salud Total EPS sucursal Manizales durante el 2003.

### **Objetivos específicos:**

Como objetivos específicos para establecer las relaciones que subyacen en las significaciones implícitas de la adherencia médica, se presentan los siguientes:

- Establecer el significado de las concepciones culturales en relación con el concepto que poseen los pacientes de su enfermedad.
- Determinar las concepciones culturales que influyen en la relación médico paciente.
- Describir las concepciones culturales con relación al paciente y su estilo de vida.

### **Pregunta general del estudio:**

¿Cuáles son los factores y sentidos culturales que determinan la adherencia al tratamiento médico en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de Salud Total Entidad promotora de Salud en la ciudad de Manizales durante el año 2003?

### **Hipótesis Cualitativa:**

La adherencia al tratamiento médico en pacientes con HTAS pertenecientes a Salud Total E.P.S. de la ciudad de Manizales durante el año 2003, está influenciada por las concepciones culturales de las relaciones existentes entre paciente médico, paciente enfermedad y paciente estilos de vida.

**Categorías:**

- HTAS
- Relación paciente enfermedad
- Relación médico paciente.
- Adherencia medica
- Cultura (estilos de vida)

**Método:**

Enfoque cualitativo con perspectiva etnográfica.

**Tipo de estudio:**

- Primera parte: Diseño descriptivo, pre - experimental.
- Segunda parte: Diseño cualitativo desde una perspectiva etnográfica.

**Técnicas de recolección y registro de información:**

- Primera parte: encuesta.
- Segunda parte: grupos de discusión.

**Instrumentos:**

Encuestas, grabaciones, fotografías y diarios de campo.

**Plan de análisis:**

Para el presente estudio se eligió como población objeto de estudio la constituida por los sujetos que padeciendo Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS), pertenecían a los programas de fomento y prevención en Salud Total EPS Sucursal Manizales. Posteriormente se seleccionó una muestra no aleatoria de tipo accidental, constituida por 96 pacientes mayores de 18 años, sin discriminar sexo, o estrato socioeconómico, para aplicarles una encuesta con el fin de establecer los factores culturales asociados con la adherencia médica.

Luego de extraer las variables de análisis y tabular los datos, se eligieron las categorías más relevantes para fundamentar la segunda fase del proyecto que se realizó con grupos de discusión en los cuales se realizaron siete reuniones, con grabaciones auditivas y diarios de campo.

Por último se procedió a transcribir los diálogos, extraer y cruzar las categorías, para realizar la triangulación de la información entre hallazgos bibliográficos, reportes de la primera fase, diálogos producto de los grupos de discusión y aportes del investigador y a extraer conclusiones. Esta investigación se realizó en el periodo comprendido entre los meses de agosto de 2002 a julio de 2003.

**Estructura del referente teórico:**

- Historia de la salud y enfermedad.
- Hipertensión Arterial sistémica y adherencia medicamentosa.
- Concepciones culturales de la enfermedad y conocimientos biomédicos.
- Relación medico paciente perspectivas psicológica y sociológica.
- Promoción de la salud y autocuidado.
- Ley 100 de seguridad social en salud.

**Bibliografía:**

ACUERDO 117 de 1998. Guía de atención de la hipertensión arterial. Ministerio de Salud. Bogotá, Marzo de 2000.

ARCINIEGAS, Ignacio. Estudio sobre el cumplimiento farmacológico en hipertensos de Manizales, 1996. Sin publicar. 54 p.

BASTERRA GABARRO, Miguel. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Pharmaceutical Care, 1999. p. 97 - 106.

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. 17-21 de Noviembre de 1986. Ottawa, (Ontario) Canadá. En: Promoción de la salud: una ontología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. N° 557. 1996. Washington, D.C.: OPS 1996. p. 367.

CHAVEZ, Lucía. Resumen evaluación operativa programa de hipertensión arterial - Caldas. Estudio sin publicación. Dirección Territorial de Salud de Caldas. 1995.

COE, Rodney M. Sociología de la medicina. 2 ed. s.l.: Alianza Editorial, 1979. p. 13-14.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. La medicina como institución de control social. Medellín: Universidad de Antioquia, 1999. p. 41.

DONATI, Pierpaolo. Manual de sociología de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994. p. 419.

DRESSLER, William W. Ethnomedical beliefs and patient adherence to a treatment regimen: A St. Lucian example. En: BRAUN, Peter J. Understanding and applying anthropology. Ed Mayfield publishing company, 1998. p. 243 – 248.

ENTRALGO, Pedro Laín. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores, 1986. p. 181.

GIRALDO VALENCIA, Juan Carlos. Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Defensoría Delegada para la Salud y la Seguridad Social. Defensoría del Pueblo. Santafé de Bogotá, 2000. 144p.

LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL COMPORTAMIENTO HUMANO. República de Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Santa Fé de Bogotá, 1995. p. 13.

QUEVEDO, Emilio. Sociedad y salud. El proceso salud- enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. s.l.: Zeus Asesores, 1992. p. 9.

RESOLUCIÓN N° 00412 DEL 25 DE FEBRERO DE 2000. Ministerio de Salud. República de Colombia.

RESTREPO, Helena E. y MALAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana, 2001. p. 16- 33.

SCHNEIDER, PIERRE B. Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo. Psicología aplicada a la práctica médica. Madrid: Piados, 1974. p. 152, 270.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio surgió como inquietud personal, derivada de la persistencia de los problemas cardiocerebrovasculares como una de las 10 primeras causas de morbimortalidad en los reportes estadísticos de Salud Total EPS sucursal Manizales, lugar donde se habían implementado programas de control de Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS) desde hacía más de 4 años, basados en la promoción de estilos de vida saludables, educación sobre factores de riesgo cardiovascular y control de la enfermedad.

De este dato estadístico se originó dicha inquietud, debido a que en consultas de HTAS se venían atendiendo los usuarios del programa de HTAS, quienes acudían a controles periódicos de la enfermedad, consistentes en consulta médica, actividades educativas, gimnasia y formulación de medicamentos; observando como algunos sujetos a pesar de estar inscritos en los programas presentaban omisiones en su medicación, estilos de vida inadecuados para preservar un óptimo estado de salud o abandono de los controles, retornando a ellos en el momento en que surgían las complicaciones propias de la enfermedad.

Se realizó en la sede de fomento y prevención de Salud Total EPS sucursal Manizales, donde se atienden los programas de Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS), Diabetes Mellitus (DM), Control Prenatal, Cáncer de Cervix, Planificación Familiar, y Crecimiento y Desarrollo. Salud total EPS en la ciudad de Manizales en el 2002 contaba con aproximadamente 48.000 usuarios, de los cuales 4.000 estaban inscritos en el programa de hipertensión arterial<sup>♥</sup>.

El estudio pretendió ir mas allá de los reportes escritos sobre adherencia médica a los tratamientos de hipertensión arterial, explorando en una primera parte otras concepciones culturales asociadas con adherencia medica a los tratamientos de Hipertensión Arterial Sistémica por medio de una encuesta (Anexo 1), para abordar en una segunda parte tres categorías constituidas por la concepciones culturales acerca de la enfermedad, la relación paciente médico y la adherencia al tratamiento médico en siete sesiones de grupos de discusión, que surgieron de reportes escritos acerca de la enfermedad y de los resultados de la primera parte.

Al realizar el análisis de la información, surgieron los siguientes capítulos:

- Un primer capítulo de metodología en el que se explica el proceso del estudio.

---

<sup>♥</sup>Esta información fue extraída de Salud Total EPS sucursal Manizales, durante los años 2002 y 2003.

- Un segundo capítulo titulado “Antecedentes de las concepciones culturales asociadas con la adherencia médica en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica”, en el cual se pretende hacer un recorrido teórico sobre los antecedentes de la promoción de la salud y específicamente de la HTAS desde el origen de la humanidad hasta la situación actual en Colombia. A la vez que mostrar el direccionamiento y justificación de la investigación, a través del área problemática, hipótesis y objetivos investigativos.
- El tercer capítulo titulado “Del paciente y su enfermedad” se inicia con la concepción histórica de la salud y enfermedad, para posteriormente inmiscuirse en los factores culturales que se relacionan con la adherencia médica, la depresión, la concientización y la comorbilidad.
- El cuarto capítulo “La relación médico – paciente”, incluye los modelos de relación médico - paciente desde una perspectiva sociológica y psicológica (que incluye los conceptos de rol y status, los aspectos subjetivos y objetivos, conscientes e inconscientes), para finalmente correlacionarlos con la adherencia a los tratamientos médicos.
- El quinto capítulo “Implicaciones de la adherencia médica en la vida del paciente” incluye la definición de HTAS y adherencia médica desde el punto de vista biológico y los conceptos de autocuidado en relación con los hábitos, los factores externos (en relación al medio socioeconómico y ambiental que rodea al sujeto) e internos (propios del sujeto) que influyen en la adherencia médica.

Para abordar la lectura del presente estudio es menester guiar al lector sobre su contenido, debido a que a partir del capítulo titulado del paciente y su enfermedad, luego de una breve introducción al tema se encontrará con la integración del marco teórico, los resultados de la primera y segunda parte de la investigación y los aportes propios del investigador dentro de un mismo párrafo, pretendiendo dar coherencia, consistencia y relacionar los hallazgos propios de la literatura con los del estudio; también es una manera de facilitar la lectura e interpretación del estudio para quienes no son expertos en la temática, pero desean obtener conocimientos que mejoren su calidad de vida y la de quienes les rodean debido a que la Hipertensión Arterial Sistémica es el síndrome degenerativo que se presenta con mayor frecuencia en la población adulta y la falta de adherencia a los tratamientos médicos una de las principales causas de sus complicaciones.

## **1. METODOLOGÍA**

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo con perspectiva etnográfica, dividido en dos partes: la primera descriptiva pre-experimental, realiza un trabajo exploratorio por medio de encuestas, que fueron sometidas a un análisis estadístico, donde surgieron tres categorías abordadas en la segunda fase de la investigación, lo que interesaba era la comprensión e interpretación de dichas concepciones culturales

El estudio se desarrolló durante el período comprendido entre los meses de agosto de 2002 a julio de 2003. Para la primera parte se inició la observación de quienes abandonaban o incumplían los tratamientos durante 25 días entre los meses de Agosto y Septiembre del 2002, preguntándoseles por las razones que ocasionaron esta conducta; encontrando que la adherencia a los tratamientos médicos estaba influenciada por concepciones asociadas con factores culturales, la relación médico paciente y por los estilos de vida del hipertenso, datos que coincidían con hallazgos de la literatura respectiva sobre el tema.

Concomitantemente se supervisó la población que acudía a los programas durante el mes de noviembre, observando que en el horario 7-9 de la mañana, asistían pacientes sin complicaciones cardiovasculares a controles grupales (actividades que incluían toma de presión arterial, auscultación cardiopulmonar, formulación de medicamentos cuando era necesario y charlas informativas acerca de la enfermedad, sus complicaciones y los estilos de vida saludables) y de 9 a.m. a 1 p.m. pacientes a control individual (cita médica con examen físico completo, detección de riesgo cardiovascular y medidas terapéuticas); en ambos tipos de control, la mayoría de sujetos presentaban riesgo moderado de complicaciones cardiocerebrovasculares, siendo 54.9% para grupales y 42% para individuales. Los pacientes de riesgo leve acudían en su mayor parte a controles grupales y pacientes de riesgo severo a controles individuales (Tabla 1). Quienes asistían a control médico individual lo hacían porque sus complicaciones no les permitían ir a controles grupales, o porque eran pacientes de riesgo leve que debían ir a vigilancia médica periódica para determinar riesgo cardiovascular.

**Tabla 1. Pacientes que asistieron a controles de HTAS en Salud Total EPS durante el mes de noviembre de 2002**

<b>Controles</b>	<b>Grupales</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Individuales</b>	<b>Porcentaje</b>
Riesgo leve	126	29.3%	45	15.4%
Riesgo moderado	236	54.9%	124	42.5%
Riesgo severo	68	15.8%	123	42.1%
Total	430	100.0%	292	100.0%

Según riesgo cardiovascular los pacientes eran clasificados así:

- Riesgo leve: paciente con hipertensión arterial leve, sin factores de riesgo para enfermedad coronaria, adherente al tratamiento médico, controlado y que asistía a controles periódicos.
- Riesgo moderado: paciente con riesgo leve que había dejado o cambiado su esquema de tratamiento médico por idea propia, paciente que siendo adherente y estando controlado no había vuelto a control médico, o paciente con compromiso de órgano vital que se encontraba controlado, asintomático y que acudía a control periódicamente.
- Riesgo severo: paciente con compromiso de órgano vital y que persistía con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

De acuerdo con el planteamiento inicial que generó este proceso investigativo, surgieron las categorías iniciales de análisis que partieron de los reportes de la literatura sobre el tema y los hallazgos de la consulta médica, para realizar una encuesta que buscaba explorar otros factores culturales relacionados con la adherencia médica, derivados de los ya descritos. A continuación se exponen las categorías iniciales de análisis:

- Hipertensión Arterial Sistémica.
- Relación paciente enfermedad.
- Relación médico paciente
- Adherencia médica
- Cultura (estilos de vida)

Para la primera parte se tomó como población objeto de estudio la constituida por los pacientes del programa de HTAS de Salud Total EPS sucursal Manizales que eran aproximadamente 4000 hipertensos, a partir de ésta, se extrajo una muestra no aleatoria de tipo accidental, formada por 96 pacientes mayores de 18 años, sin discriminar sexo, o estrato socioeconómico, que llegaron a consulta grupal o

individual de HTAS, en los horarios comprendidos entre las 8 a.m. y la 1 p.m., hora en la que se desarrollaba dicho programa en la EPS y quienes quisieron participar del estudio.

Se trabajó con los sujetos que acudían a la consulta considerando que la HTAS es una patología que afecta con mayor frecuencia a adultos mayores (en algunos casos con secuelas producidas por complicaciones propias de la enfermedad, en su mayoría de estrato económico 2 y 3), y por tanto con dificultades para su desplazamiento, era importante cimentar la investigación con los sujetos que acudían a la consulta diariamente; como no se trataba de un estudio experimental se consideró que no era necesario elegir una muestra aleatoria ya que su objetivo no era universalizar (generalizar para toda la población) los hallazgos. Su tamaño fue determinado por la fórmula de determinación del tamaño de muestra por estimación y proporción<sup>1</sup>, con un error estimado del 10%.

Para este momento se pretendía determinar y describir otros factores que influenciaban la adherencia a los tratamientos, por lo tanto se inició la aplicación de una encuesta (Anexo A) a quienes llegaron a consulta de controles grupales e individuales y que aceptaron colaborar, explicándoles que se deseaba explorar algunos aspectos de su tratamiento antihipertensivos, con el fin de mejorar su calidad de vida. Es importante anotar que los sujetos participantes en la investigación lo hicieron de manera voluntaria y que siempre se contó con su consentimiento.

Dicho instrumento (encuesta) fue elaborado a partir de los aportes que hicieron los hipertensos (y sus familias cuando acudieron a controles) en relación con la adherencia médica; su proceso de construcción duró tres meses, fue sometido a validación con los sujetos que acudían a la consulta de HTAS, reformado en cuatro ocasiones, y triangulado con un grupo de expertos y una prueba piloto.

Posteriormente, se procedió a tabular las encuestas a partir de las variables y relacionándolas por medio de frecuencias, para extraer las categorías que fundamentaron la segunda parte del proceso investigativo, es importante aclarar que luego se determinó continuar con las mismas categorías, ya que coincidían con los aspectos básicos sobre los cuales era necesario adquirir mayor información.

Para la segunda parte se estableció un cuestionario base, que se encuentra en el Anexo B, esta sección del estudio era de corte cualitativo, con una perspectiva etnográfica en el que se realizó la interpretación y el análisis de la información.

---

<sup>1</sup>WAYNE W., Daniel. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. México: Limusa, 1999. p. 205-206.

La unidad de trabajo estuvo constituida por los pacientes pertenecientes a los grupos de HTAS de Salud Total EPS sucursal Manizales, los sujetos participantes por aproximadamente 10 hipertensos (algunos de los cuales eran también diabéticos) que reunieron las condiciones establecidas de manera previa, y que habían participado en las encuestas, o que sin haber participado, tuvieron la cualidad de ser buenos informantes y desearon colaborar en la investigación.

Esta parte cualitativa utilizó como técnica de recolección y registro de información, los grupos de discusión, que se basaron en las categorías extraídas de la encuesta. Se programó realizar 3 ó 4 sesiones, que utilizaron como instrumentos de recolección de información grabaciones auditivas de las sesiones, fotografías y diarios de campo. Los sujetos participantes se dividieron en dos grupos: con el primero se realizaron cuatro reuniones y con el segundo tres, de acuerdo a las posibilidades de extraer información, las reuniones se realizaron cada 15 días con una duración promedio de una hora cada una.

Cuando terminó la transcripción de la información se procedió a codificarla, emergiendo 6 categorías principales: relación paciente enfermedad, relación médico paciente, origen de la enfermedad, autocuidado, tratamiento y concepción cultural de la enfermedad y la vida. Después de realizar la codificación axial, las categorías se establecieron de la siguiente manera:

- Relación paciente - enfermedad asociada en las reuniones con los sujetos participantes con: miedo a la muerte, indiferencia, aceptación, miedo a la minusvalía, culpa, concientización, limitaciones impuestas por la enfermedad, representa el enemigo oculto inconsciente, tiempo de evolución de la enfermedad y comorbilidad.
- Relación médico - paciente incluye el buscar ayuda por miedo (miedo al hospital), comunicación bidireccional, (empatía, busca ayuda porque le brinda protección y confianza), impone limitaciones, falta de credibilidad en el médico porque existen incongruencias entre lo que el médico predica y lo que practica, falta de confianza en el médico porque sus tratamientos no son efectivos, imaginario de la palabra médico, modelo de relación paciente médico tipo de empoderamiento dado por el conocimiento ante la indefensión del paciente, falta de apoyo del médico en los tratamiento de autocuidado, no es suficiente remitirlos a la nutricionista, se debe involucrar en el tratamiento y adaptarlo a las necesidades del paciente.
- Origen de la enfermedad con indiferencia, soledad, compasión, pedido de amor, factores sicosomáticos, herencia, mandato divino, no aceptación del dolor y factores culturales.

- Autocuidados que se generan porque otros los necesitan o por miedo a las reacciones de otros, para disfrutar la vida por amor, por considerar que no son tan importantes si se toman los medicamentos, por miedo a que el tratamiento no sea efectivo, por miedo a la muerte, por interferencia del medio en el autocuidado, por síntomas propios de la enfermedad (creen que se les sube la presión arterial), por conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias o al contrario, no se generan porque creen que los que están a su alrededor no los necesitan o porque se está asintomático. También se relacionó el autocuidado con las limitaciones impuestas por la enfermedad, específicamente la HTAS y la Diabetes Mellitus.
- Tratamiento: interferencia de otros factores con el tratamiento, se da el tratamiento por aceptación de la enfermedad, fe en los medicamentos (cuando se toman no son tan necesarios los autocuidados), se recurre al tratamiento para evitar la muerte o la minusvalía, se da por la fe para seguir viviendo, razones por las cuales se suspenden, interferencia del tratamiento con el ritmo de vida, miedo a los medicamentos por las reacciones adversas que ocasionan, por ser genéricos y creer que actúan con menos eficacia en el organismo y el tratamiento en relación a cada estado individual.
- Concepción cultural de la enfermedad y la vida.

Posteriormente estas categorías se compararon y se cruzaron entre sí, quedando como resultado las siguientes:

- Relación paciente - enfermedad donde existen cuatro aspectos principales que son: factores culturales (que incluyen concepciones metafísicas como el mandato divino, la herencia, la culpa y exceso de comida), la depresión (en relación con algunos sentimientos como la compasión, el pedido de amor, la no aceptación del dolor, el miedo, la percepción de que la enfermedad como un enemigo oculto, los factores sicosomáticos y la indiferencia) la concientización y la aceptación de la enfermedad y por último la comorbilidad (en relación con las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tiempo de evolución).
- Relación médico - paciente: esta categoría se clasificó en factores que facilitaron la comunicación estableciendo un intercambio de tipo bidireccional (como la empatía y el hecho de brindar protección y confianza) y la falta de comunicación en la que se busca ayuda por miedo (al hospital, a la imposición de limitaciones, a la falta de credibilidad y confianza en el médico y al imaginario de la palabra médico) y el modelo de relación tipo empoderamiento dado por el conocimiento del terapeuta ante la indefensión del paciente, la falta

de apoyo del médico en el tratamiento y específicamente en los de autocuidado.

- La adherencia médica, el autocuidado y el tratamiento se clasificaron en factores que los facilitaban como el miedo, el hecho de que otros los necesiten o el miedo a sus reacciones, para disfrutar la vida por amor, se generaban por miedo a que el tratamiento no les obre, por miedo a la muerte, por síntomas de la enfermedad, porque creían que se les subía la presión arterial, por conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias, por aceptación de la enfermedad, para evitar la muerte o la minusvalía, por la fe para seguir viviendo, no se suspenden por otras razones. Como factores que interferían con los tratamientos y los autocuidados se encontraron quienes consideraban que los autocuidados no eran tan importantes si se tomaban los medicamentos, interferencia del medio con el autocuidado, no se generaban porque no se necesitaban o porque se estaba asintomático, interferencia de otros factores con el tratamiento, otras razones para suspender los tratamientos y las consecuencias de suspender los medicamentos. También se analizaron otros aspectos como los autocuidados en relación con las limitaciones impuestas por la enfermedad en relación con la DM y la HTAS, fe en los medicamentos ya que cuando se tomaban no eran tan necesarios los autocuidados, interferencia del tratamiento con el ritmo de vida, miedo a los medicamentos por las reacciones adversas que ocasionaban, por ser genéricos y creer que actuaban con menos eficacia en el organismo y tratamiento de la enfermedad en relación a cada estado individual, por último en esta categoría se analizaron los autocuidados en relación con la concepción cultural de la enfermedad y la vida.

Finalmente al hacer el cruce categorial se presentaron las siguientes categorías: relación paciente - enfermedad, relación paciente - médico y adherencia al tratamiento médico, consideradas finales en el estudio y sobre las cuales se realizó la triangulación entre información de fuentes bibliográficas, resultados de la primera parte de la investigación (encuestas), resultados de la segunda parte (grupos de discusión) y aportes del investigador.

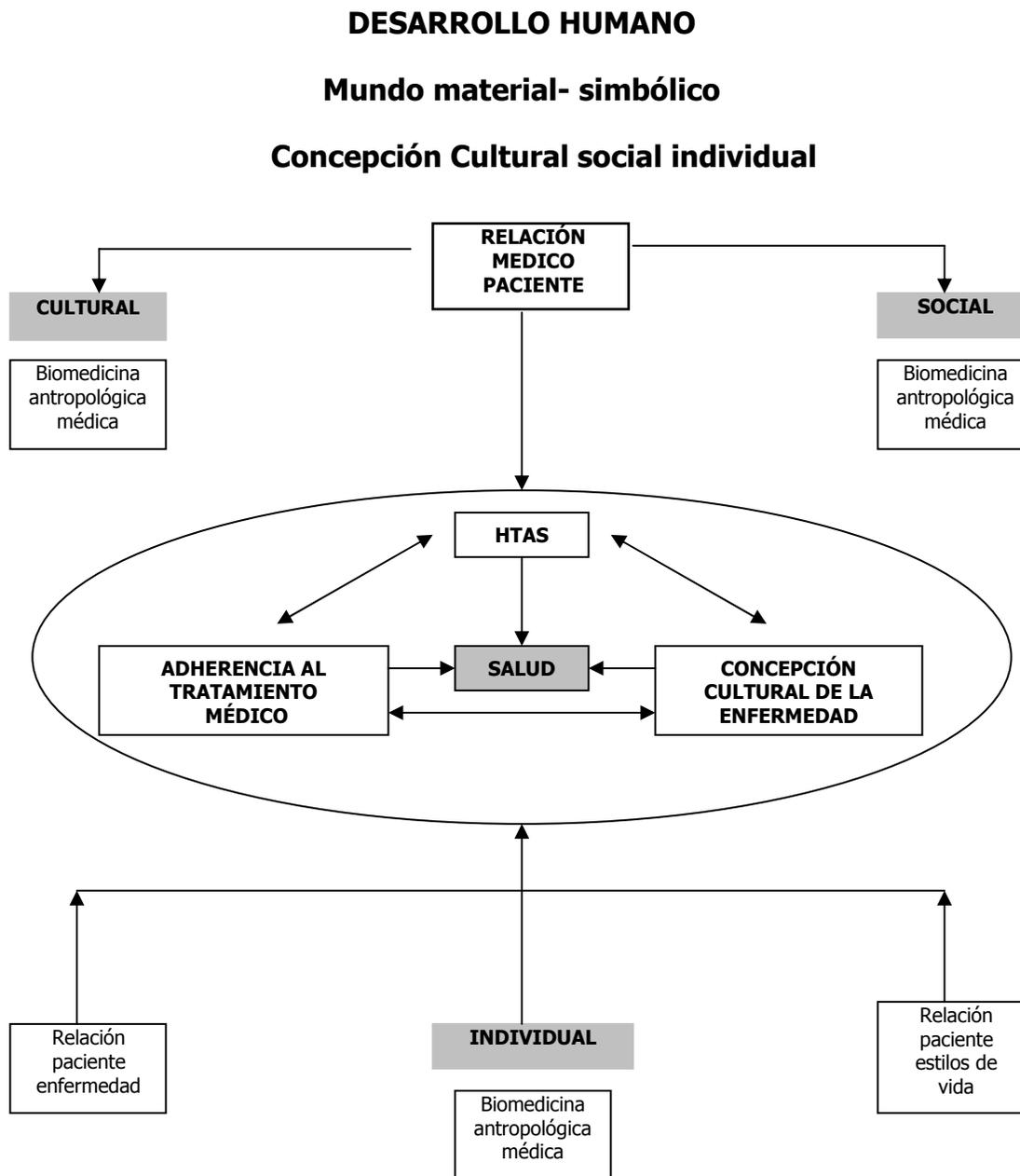
Al graficar el estudio emerge la Figura 1, en la cual el centro está constituido por la hipertensión arterial sistémica, la concepción cultural que se tenga de la enfermedad y la adherencia médica en relación interdependiente con la salud. Como factores relacionados aparecen la relación médico paciente, paciente enfermedad y paciente estilos de vida, que son los puntos principales cuando se habla de adherencia médica y determinantes de los procesos centrales. Estas variables pertenecen a la esfera del desarrollo humano, se encuentran inmersas

dentro del mundo material y simbólico e interrelacionadas con lo cultural, lo individual y lo social.

Esta investigación pretende reconocer como cualquier cambio que se produzca en algunos de estos elementos, determina la mutación de toda la relación, hacia el incremento o decremento de la adherencia médica. Esta interacción acontece entre dos mundos que contextualizan al individuo, y que se pretende interrelacionar para construir adherencia, y que son la biomedicina y la antropología médica.

Por lo tanto se propone ir más allá de los hallazgos teóricos, buscando incursionar en el campo de la construcción cultural de la adherencia, reconociendo la relación existente entre enfermedad, tratamiento y adherencia médica en las personas que padecen HTAS. Esta perspectiva abre la puerta a un enfoque más humano, donde son importantes la cultura y la socialización como parte integral del ser; pretende mirar a la persona como un sujeto en el cual sus pensamientos, sentimientos, relaciones y expectativas hacen parte integral del problema y por lo tanto de la solución. Al mismo tiempo pretende ser un espacio de reflexión para cimentar los programas de detección y control de HTAS de acuerdo a la construcción cultural del sujeto, cimentándose en sus creencias, pero con el objetivo de generar comprensión hacia ese sujeto "enfermo" (es menester subrayar que esta enfermo desde el punto de vista biomédico así no lo sea desde la visión cultural), de manera que se inicie un proceso de interacción sujeto - sujeto en el tratamiento que permita generar conciencia del autocuidado y adherencia al tratamiento médico de la enfermedad.

**Figura 1. Relación categorías del estudio**



También pretende ser un espacio de reflexión para los profesionales de la salud, ya que en él se encuentran conceptos sobre la relación paciente médico y la visión del enfermo que pretenden transformar algunas concepciones previas acerca de los "pacientes hipertensos".

De todo lo anterior se ha derivado lo que se considera la pregunta generadora de esta investigación:

¿Cuáles son las concepciones y sentidos culturales que determinan la adherencia al tratamiento médico en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de Salud Total Entidad promotora de Salud en la ciudad de Manizales durante el año 2003?

Para dar respuesta a esta pregunta, se planteó como objetivo general:

- Comprender las concepciones culturales que configuran la adherencia al tratamiento médico en pacientes con HTAS pertenecientes al programa de HTAS de Salud Total E.P.S. sucursal Manizales durante el 2003 (fase cualitativa).

Como objetivos específicos para establecer las relaciones que subyacen en las significaciones implícitas de la adherencia médica, se presentaron los siguientes:

- Establecer el significado de las concepciones culturales en relación con el concepto que poseen los pacientes de su enfermedad.
- Determinar las concepciones culturales que influyen en la relación médico paciente.
- Describir las concepciones culturales con relación al paciente y su estilo de vida.

Hipótesis Cualitativa:

La adherencia al tratamiento médico en pacientes con HTAS pertenecientes a Salud Total E.P.S. de la ciudad de Manizales durante el año 2003, está influenciada por las concepciones culturales de las relaciones existentes entre paciente médico, paciente enfermedad y paciente estilos de vida.

Categorías:

- HTAS
- Relación paciente enfermedad
- Relación médico paciente.
- Adherencia medica
- Cultura (estilos de vida)

Técnicas de recolección y registro de información:

- Primera parte: encuesta.
- Segunda parte: grupos de discusión.

Instrumentos:

Encuestas, grabaciones, fotografías y diarios de campo.

## **2. ANTECEDENTES DE LAS CONCEPCIONES CULTURALES ASOCIADAS CON LA ADHERENCIA MEDICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (HTAS)**

En Medicina cuando se habla de síntoma nos referimos a su lugar en una descripción, es un producto explícito del lenguaje en cuanto participa de la elaboración del cuadro clínico del discurso del médico. Pero en este estudio lo que se demuestra es que el síntoma es algo que hay que descifrar, un significado que hay que descubrir, exteriorizar, construir, interpretar y sintetizar, desde todas aquellas relaciones que se establecen entre la enfermedad y los factores culturales, medioambientales y educativos.

Como se comenta en la introducción, el presente estudio se originó en la rutina de una consulta médica del programa de Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS), en Salud Total E.P.S S.A de la ciudad de Manizales. Quienes pertenecen al programa son en gran parte, personas adultas mayores de 50 años, algunos de los cuales presentan complicaciones cardio-cerebro-vasculares derivadas de su enfermedad, con deterioro en su calidad de vida ocasionada por las secuelas físicas y psicológicas, menoscabando también la calidad de vida de quienes los rodean, quienes no sólo prestan su asistencia permanente sino además y en algunos casos, se ven obligados a abandonar sus medios de subsistencia. Dicho contexto se relaciona de manera directa con factores educativos, culturales y medioambientales. Circunstancias que podrían ser prevenibles con un control oportuno de su HTAS.

Salud Total es una Empresa Promotora de Salud (EPS) privada que se originó en 1991 en la ciudad de Manizales, como una entidad de medicina prepagada y que en 1995 se convirtió en E.P.S, con sede en 9 ciudades del territorio colombiano. Desde 1997 la sucursal Manizales creó programas de fomento y prevención para iniciar la supervisión y el control de la población con mayor riesgo de enfermar, como es la que padece HTAS, Diabetes Mellitus (DM), Cáncer de Cervix, las gestantes, los menores de 10 años y la población que desea planificación familiar, con el fin de evitar padecimientos con alta prevalencia que menoscaban la salud del sujeto ocasionando minusvalía o muerte en la población general y que son prevenibles con una supervisión adecuada de la enfermedad. En el programa de control de hipertensión se incluyen la instrucción en autocuidados, examen físico completo, gimnasia para hipertensos ("corazón sonriente") y formulación de medicamentos<sup>♥</sup>.

---

<sup>♥</sup>Esta información fue extraída de Salud Total EPS sucursal Manizales durante los años 2002 y 2003.

Se calcula que el 12.6% de la población colombiana es hipertensa; en el 2002, año en que se inició la investigación, la sede de la ciudad de Manizales contaba con aproximadamente 48.000 usuarios, de los cuales 4000 pertenecían al programa de HTAS; en el 2003 existían 44.653 personas mayores de 15 años, y se esperaba que 5628 estuvieran inscritas en el programa de HTAS pero solamente existía 4158 (74%)<sup>2</sup>, o sea que un 26% de la población no asiste a controles y está expuesta a riesgos de complicaciones propias de la enfermedad. Estos hallazgos son compatibles con las estadísticas de morbilidad, mortalidad y costos por hospitalización donde los primeros lugares están ocupados por complicaciones cardiocerebrovasculares debidas a la enfermedad en sí misma, o a sus secuelas.

En conversaciones programadas con los hipertensos en la consulta médica de HTAS, indagando sobre el origen de la enfermedad, su historia natural y los factores de riesgo asociados con complicaciones cardiovasculares prevenibles, se encontró que la falta de adherencia medicamentosa ocupa un lugar importante en el origen de las complicaciones, dato que coincide con publicaciones médicas acerca de la enfermedad<sup>3</sup>; es así como se decidió realizar este estudio explorando las concepciones que influyen en el cumplimiento terapéutico, incluyendo aspectos biomédicos y culturales, esperando encontrar herramientas que permitieran construir un concepto de adherencia que en un futuro conduzca a mejorar la calidad de vida de esta población.

Cabe anotar que la estructura metodológica misma de esta investigación se constituye en un aporte que permite a investigadores, profesionales e instituciones en áreas de la salud, herramientas importantes para formular e implementar programas de HTAS que contribuyan a reducir los niveles de morbimortalidad de la población, hecho que se vería reflejado en la disminución de los costos generados por rehabilitación de las secuelas de la enfermedad y que pasaría a ser invertido en promoción y prevención de la salud.

Haber llegado a este tipo de formulaciones es el producto de integrar tanto los intereses propios de la medicina como de los intereses y problematizaciones que surgen de la necesidad de tener prácticas médicas en relación humanística.

## **2.1 AREA PROBLÉMICA**

Este ítem relaciona tópicos históricos, contextuales, problémicos e hipotéticos que permiten delimitar el campo de interés de la adherencia médica con el fin de darle estructura al problema de investigación, permitiendo al mismo tiempo su

---

<sup>2</sup>Estadísticas Salud Total E.P.S. sucursal Manizales. 1997 a 2004.

<sup>3</sup>PASTLIN, Gustavo y BENDERSKY, Mario. Eficacia y sinergia de la medicación antihipertensiva. En : Boletín de la Red Latinoamericana de Hipertensión Arterial. Año 2, N° 1 (Ago., 2000); p. 4-7.

justificación dentro del contexto biológico en el que surge para y como resultado del estudio interrelacionarlo con los factores sociales, culturales y psicológicos en una perspectiva humanística del paciente hipertenso.

La HTAS es la enfermedad crónica degenerativa con mayor prevalencia en la población adulta, "es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, causante del 25% de las muertes. Esto corresponde a 12´000.000 de defunciones al año, de las cuales la mitad ocurre en el tercer mundo. Estas enfermedades en los países desarrollados causan el 50% de las muertes y en los países en desarrollo la proporción alcanza un 16%"<sup>4</sup>. Se considera como la primera causa de mortalidad en 31 países de América<sup>5</sup>; en Colombia se calcula que la prevalencia de la HTAS está entre un 12.6<sup>6</sup> y un 20 %<sup>7</sup>.

Las complicaciones derivadas o asociadas con la enfermedad cardiaca isquémica y la enfermedad cerebrovascular han estado presentes dentro de las primeras 10 causas de carga de enfermedad y mortalidad durante de los años 1989- 1991<sup>8</sup>. Debido al alto costo económico y social generado por sus secuelas y a los años de vida saludable perdidos por la población en general derivados de un control inadecuado, se convierte en prioridad establecer un adecuado control de la enfermedad.

El impacto epidemiológico de la HTAS se evidencia en las estadísticas de mortalidad y morbilidad general. En 1995 la HTAS ocupó el noveno lugar como causa de mortalidad en el territorio colombiano<sup>9</sup>, en 1997 fue la octava causa de consulta en la población en general y la primera en la población mayor de 45 años<sup>10</sup>. En el departamento de Caldas durante el mismo año, fue la novena causa

---

<sup>4</sup>Tratamiento de la Hipertensión Arterial y prevención de sus complicaciones. En: SEGUNDA CONFERENCIA DE CONSENSO CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. (2º: 1995: Bucaramanga).

<sup>5</sup>Ibid.

<sup>6</sup>Estadísticas Salud Total E.P.S. sucursal Manizales. Años: 1997 a 2004.

<sup>7</sup>Tratamiento de la Hipertensión Arterial y prevención de sus complicaciones. Op. cit.

<sup>8</sup>LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL COMPORTAMIENTO HUMANO. República de Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Santa Fé de Bogotá, 1995. p. 13.

<sup>9</sup>DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadística. 1995 a 1998.

<sup>10</sup>ACUERDO 117. Guía de atención de la hipertensión arterial. Ministerio de Salud. Bogotá, Marzo de 2000. p. 124.

de consulta y las complicaciones derivadas de esta como el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular fueron la primera y tercera causa de muerte en el departamento durante el mismo año<sup>11</sup>, además es la principal causa de consulta médica por afecciones del aparato cardiovascular.

Controlar la HTAS es uno de los objetivos de las políticas de salud mundial, ya que significa mejorar la calidad de vida de la población en general. El impacto del control de la HTA se refleja en las grandes inversiones que se realizan en estudios que han conducido a descubrimientos sobre biología molecular, y los cuales han abierto nuevas puertas en el tratamiento y evolución de la enfermedad. Al revisar los hallazgos relacionados con la historia natural de la enfermedad, se hace referencia al control a largo plazo, para evitar el compromiso de órganos vitales, sin embargo para lograrlo es necesario implementar el autocuidado y generar adherencia médica (conceptos que serán abordados a lo largo de la investigación).

El contexto del diagnóstico y tratamiento de la HTAS se origina con la salud pública ya que esta enfermedad es el síndrome degenerativo que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial y su control es una prioridad para las políticas de salud mundial y la salud pública: "es la salud de lo público, se dirige no a individuos, sino a grupos poblacionales. La base fundamental de la salud pública es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La promoción de la salud utiliza tres herramientas básicas: educación en salud, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial en la búsqueda de ambientes y estilos de vida saludables (factores protectores). La prevención de la enfermedad evita su aparición en las poblaciones de alto riesgo a través del control de factores de riesgo en las personas enfermas, mejora su calidad de vida evitándole las complicaciones mediante un adecuado control de la enfermedad"<sup>12</sup>.

Por lo tanto es fundamental reconocer un marco histórico de la salud pública para establecer su evolución con la historia del sujeto. Las primeras referencias que se tienen sobre salud pública hacen alusión a la magia, la superstición, los talismanes y amuletos como objetos para conservar la salud. También existen documentos escritos como la Biblia, donde se explica la manera de proteger la salud comunitaria enterrando los excrementos o reglamentando un día de descanso<sup>13</sup>. Posteriormente se hace alusión a la civilización griega donde se origina el concepto

---

<sup>11</sup>DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS. Estadísticas. 1997 – 1999.

<sup>12</sup> CHAVEZ, OLGA LUCIA. Resumen evaluación operativa programa de Hipertensión Arterial – Caldas.

<sup>13</sup>RESTREPO, Helena E. y MALAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica panamericana, 2001 p. 16- 33.

de "higiene entendida como moderación en el vivir"<sup>14</sup> para permitir "una larga vida y si es posible, una muerte sin dolores"<sup>15</sup>, este término da prioridad a una vida sana y equilibrada como fuente de salud, con un énfasis biológico ya que se direcciona hacia la corporeidad; una segunda instancia del concepto esta dada por los romanos quienes conceptúan que el considerar la salud como algo corporal conduce a un exceso de cuidado del cuerpo con la consecuente pérdida de la masculinidad y que por lo tanto este concepto al ser integral debe incluir una "mente sana, la independencia económica y la libertad de pasión"<sup>16</sup>. Durante el imperio romano aparecen aportes importantes a la salud pública como son la construcción de acueductos, alcantarillados y la introducción de centros de atención pública (hospitales y clínicas).

En la edad media con la aparición del cristianismo se da el menosprecio del cuidado del cuerpo, considerándolo importante únicamente como "vehículo para acceder al alma", posteriormente aparecen los árabes quienes establecen subsidios a los hospitalizados para sostenerse hasta el restablecimiento de la enfermedad. Con el surgimiento del renacimiento, el cuerpo deja de ser "instrumento de pecado", aparecen obras como la de Fracasoro (sobre las epidemias y su transmisión) y se descubre América, lugar donde se encuentran normas de autocuidado en los indígenas que en gran parte se desconocen debido a las condiciones marginales de la conquista<sup>17</sup>.

Durante el siglo XVIII se establecen normas para el cuidado de la salud pública e individual por medio de la educación, en el siglo XIX se relacionan las condiciones de vida con los estados de salud y enfermedad y se sugiere por primera vez integrar la salud a la política con la idea de que el estado se involucre en el cuidado de las condiciones de salud pública de la población. En 1941 con Henry Sigerist se inicia una nueva visión de la promoción de la salud en la que se consideran como funciones de la medicina "la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. El programa de salud propuesto por Sigerist en 1941 consistía en:

- Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.

---

<sup>14</sup> RESTREPO, Helena. Notas para curso de pos-grado en promoción de la salud. Promoción de la salud: antecedentes históricos. Universidad de Caldas, 1999. p. 6.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> RESTREPO, Helena E. y MALAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica panamericana, 2001 p. p. 17.

<sup>17</sup> Ibid, p. 18 y 19.

- Las mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
- Los mejores medios de recreación y descanso.
- Un sistema de instituciones en salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsables por la salud de la gente, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y su restauración cuando la prevención ha fallado.
- Centros de investigación y capacitación médicos<sup>18</sup>.

En el siglo XX como contraposición al concepto biomédico de salud “se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del bienestar humano, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para seguir disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine”<sup>19</sup>.

Restrepo y Málaga (2001)<sup>20</sup>, expresan en su libro “Promoción de la salud” que hacia la época de los 70 se hace referencia a otros factores determinantes de la salud como las condiciones sociales, culturales e históricas que rodean al individuo (Antonovsky, 1979); factores condicionantes de las enfermedades crónicas como los ambientes, estilos de vida o comportamientos (informe Lalonde 1974) y la estrategia de la “OMS sobre la atención primaria de salud en Alma Ata (1977) y de la filosofía Salud para todos en el año 2000”. Es a partir de la Carta de Ottawa (1986) basada en estos planteamientos de donde se origina la promoción de la salud, con el objetivo de otorgar mejor salud para la población mundial. La promoción de la salud se basa en “cinco grandes áreas estratégicas a saber:

- Construir políticas saludables.
- Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
- Fortalecer la acción comunitaria; desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup>Ibid, p. 24.

<sup>20</sup>Ibid, p. 25 y 26.

- Reorientar los servicios de salud<sup>21</sup>.

En Colombia los aspectos más importantes relacionados con la promoción de la salud y específicamente con la HTAS, se encuentra que aunque nunca se estableció una normatización de obligatorio cumplimiento, el programa de HTAS siempre ha permanecido descentralizado del nivel nacional, sólo utilizaba algunos lineamientos del Ministerio de Salud en relación con algunos medicamentos e indicadores de la enfermedad<sup>22</sup>. Se observan estudios en los que se demuestra el esfuerzo de los entes prestadores de servicios de salud públicos y privados en el control de HTAS desde la época de los 80, así "se cita que en un estudio realizado en el Hospital Militar Central de Colombia en Santafé de Bogotá D.C. Se encontró en el programa de Hipertensión a lo largo de 13 años, que el número de pacientes controlados sin medicación cambió del 5.7% en 1982 al 21.5% en 1995".<sup>23</sup> También se encuentra un reporte sobre la "Evaluación del programa de prevención y control de riesgos cardiovasculares a nivel de atención primaria"<sup>24</sup>, realizado por la universidad industrial de Santander en la época de los 80 y publicado en 1986, en el que se evalúa la prevalencia de los riesgos cardiovasculares modificables y no modificables en la población del barrio San Rafael de la ciudad de Bucaramanga. Como conclusión importante se establece que es posible cambiar los factores de riesgo cardiovascular presentes al inicio de la investigación en un porcentaje del 57% e implementar normas que favorezcan la atención primaria en salud<sup>25</sup>.

En Caldas el programa de HTAS nació en 1988, cuando un grupo de especialistas en medicina interna, la seccional de salud, la escuela de auxiliares de enfermería y el comité de cafeteros iniciaron el proceso de capacitación en la enfermedad. Posteriormente en 1990, se inició su implementación "en el departamento de medicina interna del hospital de Caldas partiendo de un estudio realizado por el

---

<sup>21</sup> Ibid. p. 26.

<sup>22</sup> ENTREVISTA con Olga Lucía Chávez. Enfermera Servicio Territorial de Salud de Caldas. Enfermera Dirección Territorial de Salud de Caldas. Magister en administración en salud. Profesional universitaria de la dirección territorial de salud de Caldas. 2003.

<sup>23</sup> Tratamiento de la Hipertensión Arterial y prevención de sus complicaciones. Op. cit., p. 14.

<sup>24</sup> GONZALES PEREIRA, Isabel; CHAVES, Isabel Cristina de; LADINO, María C. de; ORÓSTEGUI, Myriam; GÓMEZ MOYA, Guillermo. Evaluación del programa de prevención y control de riesgos cardiovasculares a nivel de atención primaria. (6º Coloquio: 1986: Popayán). Memoria de eventos científicos colombianos. Ciencia e investigación en enfermería. Evento organizado por departamento de enfermería, Universidad del Cauca, Popayán. Asociación colombiana de facultades y escuelas de enfermería "ASCOFAEN". Bogotá: ICFES, 1986. p. 51- 58.

<sup>25</sup> Ibid.

doctor Carlos Nader y sus colaboradores, relacionado con el seguimiento y vigilancia de los órganos blanco comprometidos por dicha patología y su respectivo tratamiento”<sup>26</sup>.

Existen reportes sobre evaluación y seguimiento de las actividades realizadas por el programa de HTAS Caldas durante los años 1992 a 1995<sup>27</sup> donde se evidencian actividades relacionadas con la toma casual de presión arterial, afinamientos, consultas médicas, controles de enfermería, visitas familiares, charlas de grupos y reuniones. Al revisar las conclusiones derivadas del seguimiento de dichos programas, se encontró que se generó impacto en la mortalidad general entre los años 1990 y 1992, también que en el departamento de Caldas la HTAS es más frecuente en mujeres, con una edad promedio de 45 años, la mayoría de personas tienen HTAS leve, sin daño de órgano blanco. Como estrategia a resaltar producto del desarrollo del programa se encontró que la implementación de clubes de Hipertensos sirvió para que sus integrantes disminuyeran cifras tensionales, mejor acceso a consecución de medicamentos, se impactaron factores de riesgo en relación con “obesidad, exceso en consumo de sal y grasas, alimentación, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y estrés”. También se ha recuperado la autoestima por medio de la solidaridad generada entre los integrantes, evitado la comorbilidad por medio de la implementación del autocuidado y en algunos municipios se impactó la mortalidad, como en el de Samaná y Aguadas<sup>28</sup>.

A partir de 1993 con la implementación de la ley 100 de seguridad social la salud entra a ser prestada por entes mixtos (públicos y privados) y se establece un subsidio a la demanda, con cambios substanciales en la normatización de los servicios de salud.

La ley de seguridad social a través de sus artículos 154 y 170, establece como obligación la vinculación de la población a procesos de educación, información y fomento de la salud de manera eficiente, y la vigilancia para que estos procesos se lleven a cabo. La reforma de seguridad social propone planes muy concretos para atender diferentes intervenciones en el plano de la salud, entre los cuales se encuentra la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estableciendo a través de ellos la oferta de servicios de promoción y prevención a los

---

<sup>26</sup>CHAVEZ, Lucía. Resumen evaluación operativa programa de hipertensión arterial - Caldas. Estudio sin publicación. Dirección Territorial de Salud de Caldas. 1995.

<sup>27</sup>Ibid.

<sup>28</sup>Ibid.

cuales tiene derecho la población. Tales disposiciones demandan los siguientes requerimientos:

- 1) Un Plan de atención básica de salud Pública (decreto 1938 de 1994, decreto 1891 de 1994, ley 60 de 1993): que se conforma de intervenciones que afectan el medio ambiente, el entorno social o que confrontan factores de riesgo. En general son intervenciones muy costo-efectivas y afectan factores prioritarios. Entre otras intervenciones están:
  - Información y educación masiva para el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; sobre deberes y derechos de los usuarios del sistema de seguridad Social en Salud; sobre riesgos presentes en el medio o derivados de su conducta; sobre factores protectores de nuestra salud (como participación social, vida saludable, hábitos de higiene y alimentación, educación sexual y salud mental).
  - Actividades para la prevención de la violencia y los desastres;
  - Control de vectores;
  - Prevención de enfermedades de transmisión sexual y, en especial, el SIDA;
  - Fluorización;
  - Vacunación.
- 2) Un plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) que se compone de dos tipos de intervenciones:
  - Un grupo de intervenciones clínicas y de promoción/prevención que son esenciales, costo-efectivas y contribuyen a controlar problemas prioritarios en salud.
  - Intervenciones no muy costo-efectivas pero que pueden entregarse en hospitales y clínicas aunque no representan un número de Avisas<sup>♥</sup> ganados importante. Es el caso de tratamientos psiquiátricos, neoplasias y traumas graves.
- 3) Un plan de riesgos catastróficos: Las intervenciones para enfrentar las patologías derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP).
- 4) Un plan de accidentes de tránsito: Intervenciones para enfrentar la atención de los afectados por accidentes de tránsito, financiadas por

---

<sup>♥</sup>Años de vida saludable.

el SOAT y la subcuenta respectiva del Fondo de Solidaridad y Garantía.

- 5) Planes complementarios discrecionales de las EPS, de acuerdo con la normatización del ministerio de Salud<sup>29</sup>.

La HTAS queda asumida por los planes P.O.S.S., P.O.S. y P.A.B. de la siguiente manera:

El P.O.S. asume el control de la enfermedad, es de carácter individual porque sus actividades se dirigen a las personas y a sus familias, los servicios usualmente son reclamados por las personas quienes tienen motivos claros para solicitarlos y exigir calidad, a su vez esta demanda, garantiza su presencia en el mercado; corresponde a la prestación de servicios tradicionales de las instituciones de salud.

El P.A.B. a diferencia, propende por la salud entendida ésta como un desarrollo integral del ser humano en el campo psicológico, social, ambiental, económico, cultural mucho más que la ausencia de la enfermedad; este se dirige a la colectividad, es financiado por el estado porque estos servicios no son reclamados, ni pagados por los individuos, es de responsabilidad del alcalde, busca la participación intersectorial, por lo tanto su ámbito es diferente al de las instituciones de salud. Además vigila a los individuos con enfermedades de altas externalidades, es decir aquellas que producen un impacto negativo para el colectivo (infectocontagiosas) y realiza vigilancia epidemiológica<sup>30</sup>.

La HTAS está incluida dentro del P.O.S. desde la detección de la enfermedad, atención, seguimiento, hasta la rehabilitación de las patologías agregadas a la enfermedad, implementa estrategias educativas y vigilancia epidemiológica con respecto al comportamiento de la enfermedad. El P.A.B. por su parte propende por la implementación de estilos de vida saludable en relación a la alimentación, el ejercicio y el control de hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo.

---

<sup>29</sup>LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL COMPORTAMIENTO HUMANO. Dirección General de Promoción y Prevención. República de Colombia. Ministerio de Salud. 1995 p. 15 Y 16.

<sup>30</sup>CHAVEZ, Op. cit.

A partir del acuerdo 117 del consejo nacional de seguridad social en salud<sup>31</sup> se reglamenta “el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”<sup>32</sup>. El ministerio de salud:

Fija como responsabilidad de las E.P.S., entidades adaptadas y transformadas y las administradoras del régimen subsidiado administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención. Que los servicios de protección específica y de detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las E.P.S., entidades adaptadas y transformadas y las administradoras del régimen subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad<sup>33</sup>.

La demanda inducida busca que la población afectada por las patologías de interés acuda a los servicios de salud para la protección, detección y control de sus enfermedades. Divide la población con riesgo de enfermar en tres segmentos que son la “protección específica”, “la detección temprana” y “las enfermedades de interés en salud pública”.

- La protección específica se realiza por medio de programas que previenen la aparición de la enfermedad detectando y controlando los factores de riesgo que facilitan la aparición de las enfermedades. Dentro de sus actividades están la vacunación, la salud oral, la atención del parto, la atención del recién nacido y la planificación familiar.
- La detección temprana incluye programas que desarrollan actividades de crecimiento y desarrollo, atención a la gestante, cáncer de cervix y mama, alteraciones del desarrollo del joven, del embarazo, del adulto y de agudeza visual.
- Por último están las enfermedades de interés en salud pública que son las que tienen “alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Entre otras HTAS, bajo peso al nacer, alteraciones

---

<sup>31</sup>ACUERDO 117, Op. cit.

<sup>32</sup>Ibid, p. 3.

<sup>33</sup>Ibid.

asociadas a la nutrición. infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, tuberculosis, meningitis meningocócica, asma bronquial, síndrome convulsivo, fiebre reumática, vicios de refracción, hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo, menor y mujer maltratados, diabetes juvenil y del adulto, lesiones preneoplásicas de cuello uterino, lepra, malaria, dengue, leishmaniasis y fiebre amarilla<sup>34</sup>.

Posteriormente se reglamenta la resolución 00412 de 25 de febrero de 2000<sup>35</sup> donde se "establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas, guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública"<sup>36</sup>. Actualmente esta reglamentación está vigente y es la que direcciona las actividades de fomento y prevención del sistema de seguridad social en el país.

Como puede verse dentro de este contexto de la salud pública, a pesar de que la HTAS no es una enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte del ministerio de protección social (antiguo ministerio de salud), su control es una prioridad para los entes de salud, por los altos costos económicos y sociales que generan sus complicaciones. Al revisar literatura sobre la enfermedad, se encuentran como factores importantes que interfieren en el control de la enfermedad la inadecuada adherencia a los tratamientos, que según estadísticas citadas por salud total E.P.S. es del 45.2%<sup>37</sup>. Al respecto se han realizado estudios que describen los diferentes factores que influyen la baja adherencia al tratamiento médico, entre ellos la relación médico paciente, aspectos relacionados con la medicación, la desaprobación de la medicación por el paciente, el costo, la sintomatología, el grado de conocimiento del paciente respecto a su padecimiento, la comorbilidad, el tabaquismo, el alcoholismo, el género, el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico y las complicaciones sin que estos estudios mejoren la adherencia al tratamiento médico.

El marco conceptual pretende respaldar la orientación que se desea dar a esta investigación, desde una perspectiva, en principio biológica, dada por los conceptos de HTAS, conocimientos biomédicos y adherencia médica, posterior-

---

<sup>34</sup> Ibid, p. 4 y 5.

<sup>35</sup> RESOLUCIÓN N° 00412 DEL 25 DE FEBRERO DE 2000. Ministerio de Salud. República de Colombia.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Estadísticas Salud Total E.P.S. Sucursal Manizales. 1997 a 2004.

mente antropológica y sociológica que comprende la concepción cultural de la enfermedad incluidos los estilos de vida y las concepciones del paciente sobre la enfermedad, para finalmente abordar aspectos relevantes de orientación psicológica sobre la relación médico paciente, ya que ambos son protagonistas de esta red que se teje en torno a la adherencia médica.

### 3. DEL PACIENTE Y SU ENFERMEDAD

En este análisis se pretende determinar los factores asociados a la concepción de enfermedad relacionados con la adherencia médica por parte de los sujetos participantes en la investigación desde una mirada cualitativa, para comprender como configuran los hipertensos la adherencia al tratamiento médico.

Se inicia con la concepción de salud a través de la historia, ya que un análisis integral de la enfermedad debe partir de la concepción de salud; por lo tanto incluye un primer momento histórico, para posteriormente situar la discusión en la concepción actual de la salud - enfermedad que incluye aspectos ambientales, sociales, culturales, personales (subjetivos y objetivos), psíquicos y orgánicos de la enfermedad y a partir de esta iniciar el análisis de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento médico, que son las concepciones culturales en relación con el origen y vivencia de la enfermedad, la depresión, la comorbilidad o enfermedades asociadas u ocasionadas por la HTAS y la concientización ligada al sentimiento que apareció cuando se diagnosticó la HTAS.

El concepto de salud se inicio en la filosofía medieval a través de la naturaleza del hombre, quien esta constituido por una parte física (orgánica) y otra personal (determinada por su manera de actuar), que conforman una unidad, a partir de la cual se derivan dos concepciones de salud – enfermedad, una naturalística y otra personalística. La primera considera que el hombre solo tiene una realidad física, y define la salud como “normalidad, equilibrio y armonía”<sup>38</sup>. Con respecto a esta orientación se encuentran conceptos como el de Alcmeon de Crotona que considera sano al “hombre en cuya naturaleza se hallan armoniosamente entre sí las diversas contraposiciones que forman lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco, lo dulce y lo amargo, y las restantes potencias de la naturaleza animal”<sup>39</sup>. Se evidencia en este enfoque un primer esfuerzo por definir la salud como equilibrio interno, sin relación con el medio externo, tampoco existe este aspecto dentro de la concepción naturalística y romántica que concibe la salud del hombre como la “capacidad para el desequilibrio o la distensión” y así será llamado sano el hombre que pueda distenderse sin alteración morbosa”<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup>ENTRALGO, Pedro Laín. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores, 1986. p. 181.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup>Ibid. p. 183.

Paralelamente se establece la concepción personalística de la salud con una fuerte influencia del cristianismo, que considera la salud ligada a la perfección espiritual del sujeto incluyendo aspectos subjetivos relacionados con concepciones morales e intelectuales. Al respecto se destaca el aspecto personalístico y clásico en el cual la salud será vista como el equilibrio psíquico y somático del individuo, en el que se incluye el ejercicio ecuánime de la libertad personal.

La idea personalística y romántica concibe la salud y la enfermedad como condiciones propias del ser humano, se significa salud y perfección como dos términos equivalentes y anhelables por parte del hombre. El hombre perfecto se define como "quien sin enfermedad emplea su salud en el cumplimiento de una alta empresa, y esta sano aquel cuya naturaleza es capaz de desequilibrarse y descentrarse sin afección morbosa todo lo que la esforzada dedicación a tal empresa - santidad, heroísmo, creación intelectual, artística o política- vaya de él exigiendo. La perfección, en suma, es ahora el resultado de sumarse la salud y la magnanimidad, la obediente elasticidad de la naturaleza y la voluntaria ordenación de la vida hacia fines arduos y nobles"<sup>41</sup>. En esta concepción se integran la concepción de la salud con la trascendencia del hombre, sin correlacionarla con el medio ambiente, los aspectos sociales y culturales que rodean al sujeto.

Desde la concepción antigua también se define la enfermedad como "una alteración morbosa del buen orden de la naturaleza y se establece con claridad y precisión una clasificación de los distintos modos de, según su causa y según el lugar del organismo en que el desorden se localice"<sup>42</sup>. Este es un primer intento de relacionar la salud con equilibrio orgánico y medio ambiental, o sea de relacionar factores internos y externos al individuo en el origen y manifestación de la enfermedad, también se observa como la salud es sinónimo de equilibrio y enfermedad de desequilibrio. En la construcción y definición de estos factores se inicia una manera propia de conocer la enfermedad por medio de la observación y la razón.

La concepción moderna de la salud y la enfermedad se apoya en el empirismo clínico que surge a partir de las pestes europeas en las cuales ya no son suficientes las concepciones previas para explicar y tratar la enfermedad, se apoya en la razón (capacidad de ordenar lo que los ojos ven) y la observación que conduce a la experiencia para establecer un método curativo estable en el tratamiento de la enfermedad, sin tratar de explicar su origen.

---

<sup>41</sup>Ibid, p. 186.

<sup>42</sup>QUEVEDO, Emilio. Sociedad y salud. El proceso salud- enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. s.l.: Zeus Asesores, 1992. p. 9.

Esta concepción establece que en la etiología de la enfermedad intervienen factores externos relacionados con el medio ambiente y el comportamiento del individuo, clasifica las enfermedades en agudas y crónicas; las primeras originadas por factores externos del sujeto como son los atmosféricos y las segundas en el estilo de vida que asume el individuo. A partir de estos conceptos se derivan tratamientos de las enfermedades basados en intervenciones sobre el medio ambiente que rodea al individuo "higiene pública" como la construcción de alcantarillados, saneamiento ambiental, etc., para controlar las enfermedades crónicas e intervenciones con énfasis en la "higiene privada" del sujeto orientadas a factores relacionados con los comportamientos de riesgo que predisponen a la aparición de la enfermedad para las enfermedades agudas<sup>43</sup>.

Esta concepción explora el origen de la enfermedad a través de los sentidos por medio de la observación, originando la morfología, patología, fisiología y etiología del estado morbo, términos que al ser correlacionados con factores medioambientales como los microorganismos, dan origen a las concepciones etiopatológica y fisiopatológica en la génesis del estado morbo. Como aspectos relevantes es importante destacar que esta concepción centra la enfermedad en la corporalidad (concepción que aun persiste en algunos profesionales de la salud), introduce elementos nuevos como la concepción de la función (fisiología), la utilización del método experimental en la explicación de la enfermedad e integra factores ambientales y comportamentales como preponderantes, pero continúa viendo la salud como normalidad corporal o ausencia de lesiones o signos de enfermedad, y la anormalidad como enfermedad, adoleciendo de factores sociales y culturales en la génesis del estado morbo.

El siglo XX continúa con avances en la medicina, que dan origen a nuevos descubrimientos y tratamientos para las enfermedades y a definiciones como la de la OMS, que establece "la salud del hombre es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"<sup>44</sup>. Esta concepción ha sido criticada porque que implica un estado de perfección que se considera utópico, no es posible alcanzarlo por parte de un sujeto que se encuentra incluido en un medio socio cultural cambiante con retos y experiencias nuevas en el diario devenir. También cabe anotar que en ella falta incluir factores socioculturales del sujeto relacionados con los sentimientos, creencias, reacciones, proyecciones y acciones en torno a la enfermedad, ya que esta es una realidad sensible derivada del conocimiento de quien la padece, que modifica su vida y la de quienes le rodean, necesita un periodo de apropiación que conducirá a su aceptación o negación y que de acuerdo a como se den estos procesos se

---

<sup>43</sup>Ibid.

<sup>44</sup> ENTRALGO, Op. cit., p. 179.

darán los diferentes modos de manifestación ligados con las creencias del enfermo. En síntesis es posible decir que la enfermedad se convierte en una manera de vida del sujeto, que le permite reflexionar sobre su vida y decidir o no cambiar su destino.

Esta investigación determina concepciones culturales relacionadas con la adherencia al tratamiento médico en pacientes con HTAS, acoge una definición de la enfermedad que da cabida a factores externos e internos al individuo y no solamente a los relacionados con el bienestar o el malestar del individuo, se define que " la enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo de la realización - hacia - de la vida del hombre, en tanto que consciente e inconscientemente determinado o condicionado por una alteración patológica del cuerpo y alguna peculiaridad nosógena del entorno cósmico y social."<sup>45</sup> Este concepto enfoca la enfermedad como una anomalía en la vida del sujeto, sea esta de tipo crónica (permanente), o aguda (transitoria), incluye factores psíquicos, orgánicos, medioambientales y sociales, como causa y manifestación, también da importancia a la manera de vivir del sujeto y por lo tanto al medio social que lo rodea, así como la situación histórica y cultural de individuo (norma, rol), y la considera como una objetivación que se convierte en realidad por medio de la subjetividad que le permite conocer, apropiarse, proyectarse y manifestarse.

Desde este contexto sobre la enfermedad en el que se incluye la cultura como determinante del modo de enfermar del sujeto, se inicia la exploración de las concepciones culturales asociadas a la adherencia médica, definiendo la cultura como todo lo que se aprende a través de la socialización, es compartida por los miembros de una sociedad, hace parte del sujeto y no se hereda de manera biológica, pero sí se transmite como tradición; reúne patrones de conocimiento y normas preestablecidas por un sistema social organizado. La cultura da al hombre la posibilidad de adquirir valores, conocimientos e ideas comunes que determinan la factibilidad de la socialización que se origina con el nacimiento y forja la personalidad, incluye la interiorización de normas y valores sociales de los que él se apropia y se procesa durante toda la vida<sup>46</sup>. En este transcurso de tiempo el sujeto toma conciencia de sí mismo y de la realidad en que vive, sea esta de tipo subjetivo u objetivo; subjetivo en relación con las vivencias y sentimientos del día a día y objetivo en cuanto al contraste y relaciones que se forjan con otros sujetos de su misma especie, para transformarlas en realidades.

Desde esta perspectiva se considera que los conceptos de enfermedad, salud y adherencia al tratamiento médico están presentes en el sujeto como

---

<sup>45</sup>Op. cit., p. 225.

<sup>46</sup>CIENCIAS SOCIALES Y BIOGRAFÍA. Ediciones Didáctica Multimedia. [CD\_ROM].

pensamientos y actitudes, que por medio de la interacción con otros sujetos se transforman en objetivaciones (realidades) que abarcan la totalidad de su proyecto de vida. Teniendo en cuenta que el sujeto utiliza sus concepciones para mediar sus relaciones con el medio ambiente que le rodea, se presume que los hipertensos configuran la adherencia al tratamiento de HTAS desde un pensamiento simbólico que no ha sido explorado, y que debe ser el punto de partida en el proceso de estudio socio- antropológico que explora las concepciones culturales asociadas a la adherencia al tratamiento médico en la enfermedad.

Al iniciar un estudio de la enfermedad a partir la cultura, con las concepciones de salud y enfermedad en la historia de la humanidad, se trascienden conceptos tradicionales como el de la biomedicina, que la define como el "funcionamiento inadecuado del organismo"<sup>47</sup>, para abarcar aspectos psicológicos, sociales y antropológicos, en los que la enfermedad es descrita "como un estado no deseable"<sup>48</sup>, que en algunos casos se puede catalogar como un tipo de comportamiento; por lo tanto es posible determinar que lo que para una sociedad o un sujeto es una enfermedad puede no serlo para el profesional de la salud y que es necesario cimentar procesos que medien y construyan estas relaciones para que retorne a un estado óptimo de salud que le permita potenciar su actitud de vida hacia una cultura del autocuidado (que se abordará dentro de este capítulo en la parte relacionada con el tratamiento médico).

El sujeto enfermo es un ser social que se cimienta en la cultura, desde este punto de vista se ha logrado establecer que las enfermedades son semejantes en los distintos grupos sociales, sus respuestas son previsibles y están determinadas por la cultura. Con esta anotación se pretende analizar como un sujeto que se considera enfermo no es ajeno al medio ambiente que lo rodea, al contrario, depende de él y tiende a padecer enfermedades semejantes a las del medio que lo rodea, además sus respuestas son semejantes y predecibles a las de otros de un medio social equivalente al propio en la mayoría de los casos<sup>49</sup>. Es de anotar como hallazgo importante que aún en culturas preliterarias existía "un

---

<sup>47</sup>HABALE, J.; LIFHITZ, A.; LÓPEZ BARCENA, Ramiro, M. El internista. Medicina interna para internistas. Asociación de Medicina Interna de México. México: Graw-Hill Interamericana. 1997. p. 186.

<sup>48</sup>ZOLA, Irving Kenneth. La medicina como institución de control social. En: DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. La medicina como institución de control social. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999. p. 41.

<sup>49</sup>COE, Rodney M. Sociología de la medicina. 2 ed. s.l.: Alianza Editorial, 1979. p. 13-14.

reconocimiento general de los factores sociales en la etiología de la enfermedad<sup>50</sup>.

También cabe anotar que la enfermedad es una amenaza para la supervivencia de la especie humana y cada cultura tiene diferencias en cuanto a la percepción y vivencia de sus dolencias; sin embargo los problemas y las necesidades psicológicas de los diferentes grupos sociales son semejantes<sup>51</sup>, un fenómeno como el que se vive en el presente en el que existen intercambios permanentes entre sujetos (globalización) permite traspasar las barreras de las culturas, para observar los diferentes esquemas sociales en que se cimienta la enfermedad.

Este estudio incluye a los sujetos hipertensos en un mundo intersubjetivo construido (cultura), que a la vez está inmerso en un mundo de significaciones cambiantes, en el sentido en que se trata de incorporar en la cultura de la biomedicina (mundo objetivo), pero para hacerlo deben elaborar una nueva cultura de la salud – enfermedad. Es así como a partir de este momento se concibe la enfermedad en el sentido de la biomedicina, y se contrastará con los aportes de los sujetos hipertensos, el investigador y la literatura disponible acerca de la temática a explorar.

Para iniciar la disertación es importante definir a la HTAS como el nivel de presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm de Hg o como el nivel de presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm de Hg(5), es el síndrome crónico degenerativo con mayor prevalencia en la población adulta, que afecta principalmente personas entre 30 y 50 años de edad, aproximadamente un 20% de los adultos la padecen<sup>52</sup>. Esta enfermedad es de naturaleza asintomática o silenciosa, esto quiere decir que quien la padece en muchos casos esta libre de síntomas, no se da cuenta que es hipertenso sino por medio de la toma de la presión arterial que se realiza de manera accidental, o a través de un chequeo médico de rutina en el que se encuentran parámetros alterados con respecto a la norma estadística (signo de la enfermedad o criterio objetivo), este proceso implica que quien es hipertenso descubre que lo es de manera súbita y accidental, así el sujeto que se cree sano de un momento a otro pasa a ser un enfermo de manera intempestiva.

Este proceso morboso de origen desconocido en el 90% de los casos, puede ser adjudicado al azar, el destino o el carácter del sujeto, e implica la aparición de criterios subjetivos propios del carácter de quien la padece en relación a sus sentimientos de aceptación o rechazo de la enfermedad y se configuran de

---

<sup>50</sup> Ibid, p. 19.

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup>Acuerdo 117. Op. cit.

acuerdo a su historia personal, el medio social y cultural que lo rodea. El hipertenso se siente solo porque debe vivir su enfermedad y aunque muchos le acompañen solo él la padece, siente que tiene riesgo de morir y que es un ser anómalo porque otros sujetos con una forma de vida semejante están bien y el no. Así cuando alguien que rodea al sujeto ha sufrido complicaciones propias de la enfermedad como son las cardiocerebrovasculares, este recurre a su concepción de la enfermedad para configurar un estado de invalidez que lo hace sentirse limitado en su vida.

Este sujeto que hasta hace un momento estaba sano empieza a tener síntomas relacionados con limitaciones físicas e incertidumbre con lo que se puede o no hacer en sus hábitos de vida como la alimentación, el ejercicio, la sexualidad y el trabajo, ya que ellos amenazan su vida, se siente limitado en el sentido en que siente que puede morir ya que su cuerpo le ha fallado; estas percepciones se ven reforzadas por los sentimientos que se forjan al saber que se tiene una afección crónica e incurable, que estará presente durante toda su vida o al recordar que su padre murió de un infarto o que su vecina tuvo un accidente cerebrovascular.

Estas concepciones pueden aumentar en muchos casos la sensación subjetiva de enfermar, lo conducen a la depresión, o la negación de la enfermedad, incluso puede evitar el contacto con el personal de salud que le rodea, pero nunca olvida que es hipertenso. Es así como uno de los sujetos participantes en la investigación refirió que cuando le dijeron que era hipertenso lloró porque recordó que su padre había muerto de infarto, este testimonio está asociado con la sensación de incertidumbre y la asociación de que su cuerpo no estaba bien y podía morir. La situación descrita con anterioridad en muchos casos dista de la realidad de la HTAS, en relación a que muchos sujetos hipertensos con un adecuado control de su enfermedad viven durante muchos años sin complicaciones.

Una vez se diagnostica la HTAS, el sujeto inicia un proceso sociocultural que implica aceptación o negación de la enfermedad recurriendo a quienes le rodean en busca de conocimientos que le brinden consejo y ayuda, esta es una manera de incluir al medio socio cultural del que hace parte en la concepción de la enfermedad. Posteriormente si percibe que cuando no existe mejoría de su cuadro clínico recurrirá a ayuda profesional para reforzar su identidad. Proceso que le permitirá continuar con su rol social y reintegrarse a su vida laboral; es así como la enfermedad se convierte en un recurso en el sentido de ser un refugio, que da cabida a una nueva vida o se convierte en un instrumento de transformación social.

Se inicia la investigación con las concepciones subjetivas acerca del origen de la HTAS donde los sujetos participantes en la investigación argumentan razones derivadas de lecturas previas, diálogos o de su sentir; las primeras se pueden

determinar como conocimiento compatibles con hallazgos científicos, las segundas son concepciones que han sido subjetivadas en el compartir social sin importar que sean o no compatibles con los conocimientos biomédicos y las terceras son el resultado de una elaboración mental que incluye sentimientos y acciones propias del sujeto.

Todas ellas son determinantes en la relación paciente - enfermedad - adherencia médica y ligadas a factores de origen psicosomático y a un profundo sentido de realidad. Factores psicosomáticos con relación al sentimiento que genera el saberse enfermo, estando asintomático en algunos casos y en otros sintiendo alguna dolencia, pero en ambos teniendo un sentido de realidad al conocer que el padecimiento actual es incurable y que se apropia al vivenciarlo en el día a día de su existencia.

Los sujetos participantes en la investigación durante las reuniones con los grupos de discusión determinan como causa de la HTAS factores relacionados con la herencia, aduciendo que algunos de sus familiares murieron de complicaciones cerebrovasculares; al respecto uno de los sujetos participantes en la investigación conceptúa que su HTAS es de origen hereditario porque su padre murió de infarto aunque nunca se les hubiera diagnosticado HTAS. Otros lo atribuyen a aspectos relacionados con el consumo excesivo de tabaco, alcohol, el exceso de comida al que fueron expuestos cuando eran niños y finalmente hubo quienes ligaron el origen de la enfermedad a factores psicosomáticos relacionados con la depresión que se originó luego de la muerte de un ser querido como la madre o un hijo. Estas afirmaciones contienen aspectos biográficos, psíquicos, somáticos, sociales e históricos de los sujetos en los que se evidencia su historia personal.

Los aspectos recogidos en esta parte de la investigación coinciden con algunos de los encontrados en la primera parte, en donde se atribuyeron como causantes de la HTAS el sufrimiento, los factores hereditarios, el estrés, el licor, los desmandes, la obesidad, el susto (angustia), el embarazo, la edad, la menopausia o la repercusión de otra enfermedad; también son congruentes con reportes científicos como los consignados por la Asociación Americana para el Corazón<sup>53</sup> en donde se reporta como factores predisponentes a la HTAS los genéticos o hereditarios en relación a que cuando los progenitores o familiares cercanos la padecen, sus herederos están predispuestos a ser hipertensos; estrés referido a quienes están sometidos a situaciones con tensión emocional permanente tienen mayor riesgo de ser hipertensos, el género porque los hombres tienden a tener niveles mayores de presión arterial que las mujeres hasta la menopausia. A partir de este momento

---

<sup>53</sup>IZZO, Joseph L. Jr. BLACK, Henry R. American Heart Association, Fighting Heart Disease and Stroke. Hypertension Premiere. Second Edition. The essentials of high blood pressure (basic science, population science and clinical management). From the council of high blood pressure research, american heart association. p. 224- 267.

las diferencias entre géneros cesan y ambos sexos se comportan de manera semejante.

Respecto a aspectos como la edad y la etnia, se observa que los sujetos mayores están más predispuestos a la elevación de la presión sistólica, al igual que los afroamericanos; como factores protectores contra la HTAS, están la dieta cuando es rica en frutas, vegetales, productos bajos en grasa, carnes blancas, potasio, magnesio y calcio. Como factores que facilitan la aparición de la HTAS, se encuentran la ingesta de sal sobre todo en personas mayores, la obesidad y el sedentarismo. Al respecto es importante resaltar como una parte importante de la sociedad actual, basa su dieta en carbohidratos (arroz, papa, yuca, plátano, etc.) sustancias que aunadas al sedentarismo predisponen a la obesidad y al aumento de riesgos cardiovasculares.

Estos conceptos también fueron compartidos por uno de los sujetos participantes en la investigación, quien manifiesta deber su HTAS al tipo de alimentación a la que fue sometido durante su infancia ya que estaba constituida por gran cantidad de alimentos ricos en harinas (carbohidratos).

También se relacionan con reportes donde se calcula que el 60% de los sujetos mayores de 70 años son hipertensos<sup>54</sup>, o con las guías para control y manejo de la HTAS del acuerdo 117 del ministerio de Salud de Colombia, donde se explica la hipertensión arterial como una patología multicausal<sup>55</sup>, que en 92-94% de los casos se desconoce su origen, quedando un 6 – 8% restante que esta en asociación con otros factores como la obesidad, la herencia, el embarazo, la edad, el estrés y la aparición de otras enfermedades concomitantes<sup>56</sup>. Esto quiere decir que en la mayoría de los casos no existe una lesión corporal identificable que la explique desde el punto de vista de la biomedicina.

Las afirmaciones anteriores abren la puerta a una mirada cualitativa, en la cual las concepciones que el sujeto conforma deben ser tenidas en cuenta aunque difieran de las halladas en la consulta médica, ya que no sólo influyen en su concepción sobre el origen de la enfermedad, sino en la manera en que va a comportarse de ese momento en adelante. Al respecto Fabrega (1975) citado por De La Cuesta Benjumea dice que “cuando se estudia la enfermedad en términos antropológicos, los elementos fundamentales son, a menudo, preocupaciones de orden moral. Las causas son multifactoriales, los procesos están interrelacionados y las

---

<sup>54</sup>HABALE, J.; LIFHITZ, A.; LÓPEZ BARCENA, Ramiro, M. Op. cit.

<sup>55</sup>Acuerdo 117. Op. cit.

<sup>56</sup>HABALE, J.; LIFHITZ, A.; LÓPEZ BARCENA, Ramiro, M. Op. cit.

manifestaciones son multifacéticas. No se establece diferenciación entre mente y cuerpo<sup>57</sup>". En este sentido lo reportado en la literatura coincide con lo expresado por uno de los sujetos participantes en la investigación:

"Y lo mío me pasó por porfiado, como dicen crónica de una muerte anunciada. Mi papá murió de derrame, entonces hace como 7 años me dieron unos mareos. Buena vida, gordo, fiestero, parrandero, de todo. Nunca me iba a enfermar. Sí, es una brutalidad de parte mía".

En esta declaración se evidencian factores predisponentes a la HTAS como son la herencia, la obesidad y un sentimiento de culpa que hace parte de los factores culturales de la enfermedad, en los que el sujeto participante expresa sentimientos profundos (que incluyen su corporeidad y su manera de pensar), asociados a la culpa, la impotencia ante lo irremediable y la sensación de que hubiera sido posible evitar la enfermedad si su concepción de calidad de vida hubiera sido otra.

Por último aparece otra concepción cultural a destacar y es el hecho de no considerar a la HTA como una enfermedad, que aunque no se hizo evidente en las discusiones de los grupos, si apareció reportada en las encuestas, donde el 9.3% de la muestra responde que la HTAS no es una enfermedad porque es común, se puede llevar una vida normal, es hereditaria y multicausal. Es menester tener en cuenta que el hecho de que la HTAS sea asintomática, facilita el que no se conciba como una enfermedad, ya que no ocasiona sensación de malestar físico ni dolor, por lo tanto facilita el hecho de que el sujeto niegue la enfermedad y no tenga los cuidados requeridos para evitar que afecte órganos vitales. Este aspecto es preponderante en la adherencia médica y además es un aspecto a trabajar en los programas de HTAS, sobre todo desde la parte educativa para mejorar los años de vida saludable en la población.

Otro aspecto a destacar dentro de la relación paciente enfermedad es su asociación a la depresión, termino que es definido como un "estado de melancolía que hace perder el ánimo"<sup>58</sup> y que se diagnostica cuando existe un estado de tristeza muy intenso y se caracteriza por síntomas asociados con cambios de humor, sentimientos de minusvalía y manifestaciones físicas<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup>BLAXTER, Mildred. Las causas de la enfermedad. Hablan las mujeres. En: De la Cuesta Benjumea Carmen. s.l.: s.e., s.a. p. 157.

<sup>58</sup>GARCIA PELAYO Y GROSS, Ramón. Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse, 1988. p. 326.

<sup>59</sup>RISO, Walter. Depresión. Avances de la cognición y el proceso de la información. Centro de estudios avanzados en psicología clínica. Medellín: Ediciones Gráficas Limitada, 1990. p. 153.

Para efectos prácticos en esta investigación se han agrupado dentro de la depresión sentimientos asociados con el miedo, la soledad, la compasión, la negación del dolor psíquico, la percepción de la HTAS como un enemigo oculto, los factores psicosomáticos y la indiferencia en relación con la apatía. Estas concepciones tienen orígenes diversos, pero para efectos de la investigación, se agrupan dentro de esta categoría porque predisponen a estados depresivos.

Para iniciar esta discusión se introduce la intervención de uno de los sujetos participantes en la investigación, quien cuenta cómo su enfermedad apareció luego de la muerte de su hijo, y que dos meses antes había estado en chequeo médico donde se había encontrado sana. Luego de esta pérdida se inició un periodo de soledad en su vida, ya que los otros integrantes del núcleo familiar no le daban la importancia que merecía y se sentía sola. Posteriormente se le diagnosticaron una Diabetes y una HTAS. Añade que cuando se le diagnosticó HTAS: "pensó que como estaba todavía llena de angustia que bueno, no me importa nada no sé si será pecado".

En este testimonio se evidencian aspectos diferentes a la corporeidad en relación con la enfermedad, en primer lugar se atribuye el origen de la enfermedad a la depresión originada por un trauma emotivo y en segundo lugar aparecen la indiferencia, la culpa, y la apatía enmascarando una depresión que se origina en un duelo no resuelto. Según Gudano y Liotti citados por Walter Riso<sup>60</sup> cuando un sujeto está expuesto durante periodos prolongados al desamor y a la soledad se generan en él sentimientos de impotencia y minusvalía que lo conducen a un cuadro depresivo. También en relación con la declaración sobre el origen y sentimiento con respecto a la enfermedad se encuentra un estudio realizado en mujeres escocesas, y citado por De la Cuesta Benjumea, donde estas atribuyen el origen de su enfermedad a aspectos muy diferentes a los hallazgos clínicos, y en algunos casos la atribuyen a un evento que hizo que la paciente la percibiera o admitiera tenerla<sup>61</sup>.

Está relacionado con el no aceptar ser hipertenso, o no considerar la HTA una enfermedad, ya que el ser hipertenso lleva implícito un factor de aislamiento social, y el hecho de aceptar por parte del paciente su rol de enfermo y la posibilidad de serlo por siempre. Además al acudir a la concepción del sujeto no se ve al hipertenso como una persona normal, sino que se concibe un paciente seriamente limitado debido a las complicaciones o consecuencias de la enfermedad. El diagnóstico de una enfermedad trae además una terapéutica especial, que implica un aprendizaje no solo con relación al uso, dosis, cuidados,

---

<sup>60</sup>Ibid, p. 102.

<sup>61</sup>BLAXTER, Op. cit., p. 311.

sino en relación con los efectos que los medicamentos y la enfermedad han de producir en el organismo de quien los utiliza, de los síntomas y aprender a actuar de manera eficaz cuando estos se presenten; además está el factor de la duración de un tratamiento que se supone es de por vida, la relación con los cuidados que la enfermedad implica, su entorno familiar y social, en alguien que se siente aliviado, esto implica entrar en lo que se conoce como rol del enfermo.

Cuando se indaga en las encuestas por las reacciones de los sujetos después de enterarse de que eran hipertensos y que está enmarcadas dentro de la relación paciente enfermedad se encontraron sentimientos como resignación 6.3%, tristeza 18.4% o susto 10.4%. Estas apreciaciones reflejan el sentimiento de miedo de los sujetos ante una enfermedad considerada como un enemigo oculto que se detecta por la aparición de otra enfermedad sintomática o de forma accidental cuando se acude para un chequeo médico de rutina, incluso puede aparecer súbitamente sin manifestaciones previas.

**Tabla 2. ¿Qué hizo usted cuando le dijeron que era hipertenso?**

<b>Tipo de acción</b>	<b>Porcentaje</b>
Seguir el tratamiento	50%
Seguir el tratamiento y sentir tristeza	9.4%
Sentir tristeza	9.4%
Asustarse	10.4%
Sentirse común y corriente	8.3%
Resignación	6.3%
Recurrir a ayuda psicológica, espiritual o de un hierbatero	2.1%
Otros	2.1%
No seguir tratamiento	1%
No contestó	1%

Dentro de estos sentimientos se evidencia el miedo expresado por uno de los encuestados como: " me puse a llorar porque le tengo mucho miedo al derrame", su padre había muerto de derrame y si bien se desconocía si había sido o no hipertenso (desde el punto de vista médico), el encuestado había asociado la hipertensión con la muerte. Es importante establecer que la relación entre la percepción de HTAS con la minusvalía que conlleva a la depresión, también se debe resaltar como su declaración lleva implícita una aceptación del rol de enfermo porque cuando se inicia una acción como es la de pedir cita con el médico se hace para ser liberado de ese miedo; esta acción es definida por otro participante como el instinto de conservación, ya que para él, venir donde el médico a pesar de ser descuidado, le permite irse familiarizando con la enfermedad, o por que no siente nada anormal, hasta que de un momento a otro alguien allegado muere o presenta una complicación asociada con la HTAS; en ese momento surge la conciencia de que eso le puede suceder a él y acude al médico por miedo.

En las entrevistas se hallaron informaciones de este tipo:

“Al principio fui juicioso por miedo ya que recordaba que había tenido un accidente cerebrovascular y por miedo al hospital”.

Es pertinente resaltar el hecho de que la HTA se considera un enemigo oculto que se manifiesta súbitamente en el organismo con la aparición de una patología asociada como el infarto. “Mi papá murió de infarto, pero nunca tuvo droga, nunca nos dimos cuenta que sufriera del corazón o de hipertensión”.

“Hace 2 meses yo había ido al médico y me habían dicho que estaba bien”, según otros participantes: “La enfermedad es silenciosa porque aparentemente uno no tiene ningún síntoma, prácticamente uno está bien, no tiene dolor. Varía con los estados de ánimo, se eleva con los problemas”.

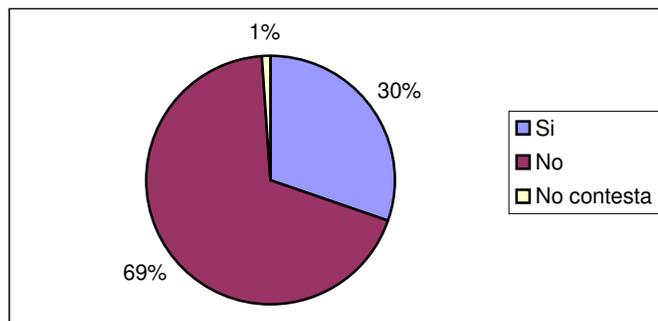
“En cambio esta presión es así, es un enemigo que tiene ahí uno, tenemos ese enemigo para toda la vida, todavía no le han encontrado cura”.

“La HTA significa que tengo una enemiga en mi cuerpo que tengo que aprender mas que todo a convivir con ella, a saberla manejar. Yo tengo la presión alta pero yo sé que tengo y que tengo que ser consiente de las normas del día”.

Estas declaraciones evidencian como, aparte de tener un carácter silencioso, la HTAS implica limitantes en el estilo de vida, que están relacionadas con la depresión por sentirse minusválido.

Al comparar la información obtenida en esta fase de la investigación con la de las encuestas, se observa que el 60% manifiestan sentir limitaciones en su vida diaria en relación con cambios en el estilo de vida por los síntomas que genera la enfermedad, las limitaciones sociales, la alimentación y la actividad física.

**Figura 2. ¿El hecho de ser hipertenso lo limita en su vida diaria?**



También como hallazgo importante está el hecho de que un 35% asocia el diagnóstico de HTAS con sentimientos de tristeza, resignación o susto en relación a la percepción de limitaciones en su vida diaria. Estas restricciones son implementadas por quienes les rodean como en el caso de uno de los sujetos participantes en la investigación quien nos cuenta lo que dicen sus hijos:

- Sujeto 1: "Siéntese..... Yo de porcelanita me muero. Yo he trabajado hija, yo me muevo mucho para que me rebajen el estado".
- Sujeto 2: Ahí mismo van a llegar los hijos: no señora, no se excite, no haga nada, eso lo desinfla a uno, eso lo mata a uno".

En este testimonio se observa cómo la familia refuerza la condición de impedimento físico en un sujeto que se siente sano. Al respecto Carmen de la Cuesta Benjumea desde una concepción sociológica de la enfermedad dice: "la enfermedad llega a establecer condiciones, delimitando y restringiendo más o menos lo que puede hacerse dentro de lo que la persona desea y está obligada a hacer"<sup>62</sup>.

El hecho de ser hipertenso también puede ser visto con indiferencia, al respecto algunos de los participantes referían que no les importaba, y lo asociaban con la muerte diciendo: "No me importa, no me da miedo de la muerte ni nada". En este testimonio, a pesar de que se expresa ausencia de miedo, se encuentra implícita la conciencia de que la HTAS ocasiona la muerte o desencadena otras patologías que limitan la vida del sujeto, pero a la vez deja ver la apatía del sujeto en relación con la enfermedad; apatía originada en una vivencia de origen externo como la depresión ligada a sentimientos de soledad y desamparo.

Carmen de la Cuesta Benjumea hace referencia a las implicaciones que genera la aparición de una enfermedad crónica en la vida de quien la padece ya que en un momento dado se enfrentan con un cuerpo desconocido y han de aprender a leer los síntomas que les hablan de su empeoramiento o mejoría, para evitar el agravamiento de estos, al igual que determinar cuáles son las limitaciones que esta nueva manera de vivir implica<sup>63</sup>.

Un tercer aspecto a analizar en relación con la HTAS es la comorbilidad, que se define como la aparición de patologías asociadas con la evolución natural de la enfermedad o precipitadas por un control inadecuado. En el caso de la HTAS se encuentra que es una patología crónica, incurable pero controlable con un manejo

---

<sup>62</sup>STRAUSS, Anselm I. Salud y enfermedad. Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. En: De la Cuesta Benjumea, Carmen. p. 293 y 294.

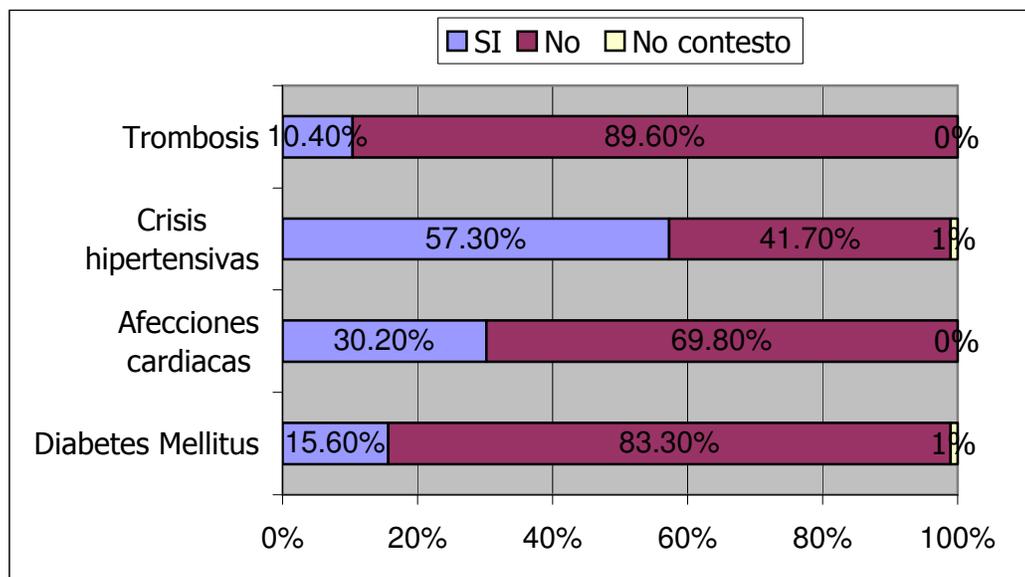
<sup>63</sup>Ibid.

médico adecuado, que después de 10 ó 20 años de estar presente en el organismo humano causa compromiso de órganos vitales como son el corazón, el cerebro, el ojo, el riñón y el sistema vascular<sup>64</sup>. Existen factores que facilitan la aparición de complicaciones en la HTAS como son la historia familiar de enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la Diabetes Mellitus, la inactividad física, el estrés, la edad (es más frecuente en personas mayores), las lesiones orgánicas que predisponen a padecer HTAS, el tabaquismo y el estrato socioeconómico (en relación con las dificultades de acceso a los servicios de salud y la adopción de estilos de vida saludable)<sup>65</sup>.

Algunas patologías relacionadas o derivadas de la HTAS son el infarto de miocardio, los accidentes cerebro vasculares como trombosis o hemorragias cerebrales, los aneurismas, el desprendimiento de retina y los problemas renales.

Al revisar la primera fase de la investigación se encuentra que dentro de los sujetos encuestados, un 57% ha tenido problemas asociados a la HTAS como trombosis, crisis hipertensivas y afecciones cardíacas. También se debe resaltar que dentro de esta población un 16% son diabéticos, y como tales están mas predispuestos a complicaciones cardiovasculares.

**Figura 3. Comorbilidad**



<sup>64</sup>ACUERDO 117. Op. cit.

<sup>65</sup>IZZO, Joseph L. Jr. BLACK, Henry R., Op. cit.

La existencia de comorbilidad asociada a la HTAS genera en el paciente mayor percepción de su enfermedad ya que deja de ser una patología asintomática<sup>66</sup>, este fenómeno se ve reflejado en que algunos de los sujetos participantes en este estudio habiendo sido diagnosticados como hipertensos no eran adherentes al tratamiento medicamentoso hasta que ellos o las personas que los rodean tuvieron alguna patología asociada.

A continuación se exponen apartes de los diálogos generados en los grupos de discusión:

- Investigador: "¿Qué significaba para usted ser hipertensa antes de haber tenido la hemorragia?"
- Sujeto 1: "Pues para mí antes no era mi desvelo ni mi preocupación, pues hoy no me tomé la pasta, mañana me la tomo porque a las 2 de la mañana que me iba a levantar... mañana, mañana, pues no era mi preocupación"...

Comenta la participante de este estudio que luego de una crisis de hipertensión arterial que se manifestó con una hemorragia nasal severa, no olvida los medicamentos para la HTAS, e incluso recurre a prácticas que refuerzan la adherencia medicamentosa como tener los medicamentos en puntos visibles y letreros por toda la casa, recordando tipo de medicación, horario y dosis.

También está el testimonio de otro de los participantes, quien a pesar de ser hipertenso y diabético hace muchos años y tomar los medicamentos de manera apropiada no se adhiere a hábitos de vida saludable: "Yo creo que todos coincidimos en eso, todos venimos donde el médico a pesar de que somos muy descuidados y que nos vamos familiarizando con la enfermedad pero de pronto ve que tal señor se murió de derrame, que tal persona quedó paralizada. Entonces digo: Dios mío bendito me puede pasar a mí. A mí ya me dio uno".

Es importante determinar como el miedo a las complicaciones aparece de manera implícita en muchos de los sujetos participantes y tiene su fundamento en que la comorbilidad que se asocia a la invalidez, la minusvalía, a la postración en una cama, a la pérdida de la autonomía y con convertirse en una carga para los demás. Antes de una complicación la HTAS puede ser vista con indiferencia, se olvida el tratamiento, pero cuando aparece la patología asociada, se empieza a respetar la enfermedad, se hace conciencia de su presencia y los medicamentos no se vuelven a olvidar, ocurre lo mismo cuando se escucha que alguien cercano tuvo

---

<sup>66</sup>MILLAN, Manuel; BOTERO, Angela y CHACON, Arnoby. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes usuarios de clubes de hipertensos de Manizales, Chinchiná y Villamaría en el año 2000. Trabajo de grado (Especialista en Medicina Interna).

una complicación derivada de la HTAS, ya que se interioriza la enfermedad y el hecho de que se puede complicar.

Al respecto los participantes refirieron que luego de una complicación cambian ciertos hábitos en ellos y en quienes les rodean buscando limitar la actividad física y restringiendo los comportamientos que se consideran nocivos para la salud. Consideran que "los cuidados son indispensables, las limitaciones los hacen sentir como enfermos".

Llama la atención de acuerdo con la información suministrada por los sujetos participantes de la investigación, que el infarto de miocardio es considerado una complicación implícita de la enfermedad a la cual no se le tiene miedo por que según sus concepciones sólo tiene dos implicaciones u "ocasiona la muerte, o pasa sin dejar ninguna secuela en quien lo padece, incluso se considera como un tipo de enfermedad ideal".

Al abordar la adherencia médica desde la comorbilidad, surge una pregunta al respecto y es ¿durante cuanto tiempo esta dispuesto el sujeto a ser adherente con los tratamientos luego de que aparece la comorbilidad? Ya que se observa que luego de un tiempo se vuelven a presentar fallas en el tratamiento ya sea con los medicamentos, o con los estilos de vida; por lo tanto es necesario construir herramientas que faciliten la adherencia y se refuercen la actitud hacia el autocuidado por parte del hipertenso.

Por último se analiza la concientización que para esta investigación es la percepción de aceptación de la enfermedad generada en el conocimiento previo sobre la enfermedad y sus cuidados, esta actitud tiene influencia sobre la enfermedad y sus complicaciones, ya que incrementa el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo<sup>67</sup>. Dentro de la información a este respecto aportada por los sujetos encuestados se destaca la siguiente:

"Cada persona tiene una reacción muy diferente, a mí no se me dio como nada, es normal y listo. Yo no le vi como problema y ¿Qué hay que hacer? Las pastillas y listo ahí vamos y ya."

Quien realiza esta afirmación comenta estar libre de síntomas asociados y de sensación de limitaciones producidas por la enfermedad, así mismo que en el momento en que se le diagnóstico HTAS y se le indicó el tratamiento a seguir se concientizó de la enfermedad. Lo tomó con indiferencia porque ella ya estaba

---

<sup>67</sup>MILLAN, Manuel; BOTERO, Angela y CHACON, Arnoby, Op. cit.

preparada, los cambios en el estilo de vida que implican ser hipertenso ya los había realizado desde hace muchos años, consumiendo una dieta baja en carbohidratos y llevando rutina de ejercicios, porque era consciente que estos le podían proporcionar una vida sana, ahora solamente quedaba el tomar los medicamentos de manera apropiada.

Como aspectos por resaltar en esta categoría se encuentra que en general las personas que acuden a los grupos de discusión tienen conocimientos previos sobre HTAS y en este momento no abandonan los medicamentos para HTAS.

Al respecto se ha observado que el hecho de que el sujeto se perciba como susceptible a padecer de HTAS, el aceptar el diagnóstico, la buena relación paciente médico, el conocimiento del régimen terapéutico y la satisfacción del paciente con el terapeuta mejoran la adherencia medicamentosa<sup>68</sup>.

También como parte fundamental del proceso de concientización se evidencia en quienes participan en los grupos de discusión la alusión a que la HTAS se está generalizando ya que todos los días se ven mas personas hipertensas; esta observación es pertinente ya que la HTAS es el síndrome crónico degenerativo con mayor prevalencia en la población adulta y el aumento de la longevidad en la población conlleva a una mayor frecuencia de la enfermedad.

---

<sup>68</sup>Ibid.

#### 4. LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Al abordar la adherencia al tratamiento médico en pacientes hipertensos y los factores culturales que allí subyacen, aparece la relación médico - paciente como aspecto determinante de esta, ya que está descrito que la colaboración, las actitudes, las instrucciones, el lenguaje y la cooperación del médico influyen en la adherencia médica por parte del paciente a los tratamientos instaurados<sup>69</sup>.

El médico se constituye en el ente rector que guía y evalúa el proceso de salud enfermedad de quien padece HTAS. Se convierte en orientador, confidente y concientizador de su enfermo, hasta que este construye su nueva identidad y esta en capacidad de recuperar su rol social. Por lo tanto esta categoría pretende concientizar al terapeuta de su papel protagónico en la vida de sus pacientes y de dotarlo de herramientas que faciliten su acercamiento hacia la comunicación, que será la única herramienta eficaz que le permitirá construir adherencia medica a los tratamientos de HTAS.

Se inicia entonces la discusión desde una perspectiva psicológica, sociológica y antropológica en la que se describen diferentes enfoques sobre los tipos de relación que se establecen entre paciente y médico, incluyendo los conceptos de rol y status, los aspectos afectivos conscientes e inconscientes que la determinan y su asociación con la terapéutica.

Se abordan inicialmente estas perspectivas para posteriormente concatenarlas con los conceptos encontrados en las encuestas y los grupos de discusión, como aspectos que facilitan e interfieren en la comunicación entre el médico y el paciente. Para los sujetos participantes en la investigación se facilita la comunicación del médico y el paciente cuando existen empatía, protección y confianza; y se entorpece por aspectos como el hecho de sentirse enfermo y tener que buscar ayuda profesional por miedo a la enfermedad o a sus consecuencias, por la imposición de limitaciones o restricciones por parte del médico a la vida del paciente, por la falta de credibilidad y confianza en el médico, por la concepción que se tenga de la palabra médico, por el modelo de relación de empoderamiento dado por el conocimiento científico ante la indefensión del paciente y por la falta de apoyo por parte del médico en el tratamiento y los autocuidados.

---

<sup>69</sup>HEURTIN ROBERTS, Suzzane and REISIN, Efrain. Health beliefs and compliance with prescribed medication for hypertension among black women. En: BRAWN, Peter J. Understanding and applying anthropology. New Orleans: Mayfield Publishing Company, 1985-86. p. 248 – 250.

La ciencia médica ha dominado la salud desde el paradigma de la biomedicina definida ésta como "el sistema de atención en salud que se basa en los principios de la ciencia tal como ésta se entiende en occidente, y caracterizada por su énfasis en la comprensión biológica del ser humano, es el producto de una sociedad determinada, en un período histórico determinado". Esta visión ha traído consigo grandes avances en el conocimiento científico y ha sido impulsada por una tendencia modernista, en la que la razón y la tecnología establecen el diagnóstico y el pronóstico de un enfermo, también ha sido avalada por el gran avance de las tecnologías en el siglo XX, el urbanismo, los seguros de salud y el hospital como eje central del sistema de salud<sup>70</sup>. La preocupación principal del profesional de la salud ha sido preservar y ampliar el acceso a servicios de salud de alta calidad tecnológica a la población en general, quedando al margen la concepción del sujeto.

El médico define los términos de salud y enfermedad imponiendo teorías y conceptos biomédicos cambiantes y en ocasiones contradictorios sin tener en cuenta el punto de vista del paciente que es importante ya que este es un sujeto pensante y sensible, sin cuya colaboración no se puede establecer una terapéutica que conduzca a recobrar el estado de bienestar del enfermo.

En este sentido se puede hablar de la ingesta de sal en la dieta (sodio), ya que hasta hace muy poco se le acusaba como causante de HTAS, hoy en día se ha observado que la ingesta de sodio en la dieta se relaciona con HTAS principalmente en relación con la sensibilidad del sujeto a este elemento y en relación con la edad, ya que a mayor edad, mayor predisposición a que se aumenten los niveles de presión arterial<sup>71</sup>. Sin embargo en la información proporcionada a la población sigue existiendo controversia entre quienes erradican el sodio (la sal) de la dieta de los hipertensos, y quienes recomiendan una ingesta moderada; la actitud y disponibilidad del paciente a seguir o no las indicaciones médicas no modifica los conceptos biomédicos, ya que los conceptos anteriores están demostrados con estudios científicos y por lo tanto deben ser aceptados por la población en general.

Para entender mejor la relación médico paciente es necesario tener en cuenta que ésta es un vínculo que se establece de manera accidental en el sentido de que no se programa ni se desea estar enfermo; este planteamiento es especialmente válido en relación con la HTAS, donde características propias de la

---

<sup>70</sup> PILL, Roisin. Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y a las conductas saludables. En: DE LA CUESTA BENJUMEA CARMEN. p. 107. y ss.

<sup>71</sup> IZZO, Joseph L. Jr. BLACK, Henry R., Op. cit.

enfermedad como el carácter silencioso hacen que en la mayoría de casos se detecte de manera accidental, al respecto uno de los sujetos participantes en la investigación comenta: "Yo fui donde el médico por otra enfermedad y el médico me tomó la presión y no sé, me mandó una droga para la HTAS".

Este testimonio está también asociado con el hecho de que a partir de ese momento se establece un vínculo permanente entre médico y paciente, ya que la HTA es una enfermedad crónica e incurable, que amerita un control periódico por parte del médico.

También se establece que la relación médico - paciente - enfermedad es subjetiva ya que depende de las estructuras psicológicas de quienes la protagonizan, del tipo de afección que presente el enfermo, del objetivo que quiere alcanzar el médico en su tratamiento y del medio ambiente que los rodea en su vivencia actual<sup>72</sup>.

En relación con este planteamiento se trae el testimonio de uno de los sujetos participantes en la investigación quien fue donde el médico y este al darse cuenta que fumaba le advirtió que si no abandonaba el cigarrillo podría morir en 10 años, y que si continuaba fumando no volviera. El paciente comenta que salió aterrorizado de la consulta y decidió no volver nunca más. Al realizar un análisis sobre esta situación es válido comentar que el terapeuta explicó a su paciente su punto de vista científico de acuerdo a reportes de la influencia del tabaco en la salud de individuo, sin tener en cuenta la estructura psicológica del mismo y su posible reacción; el paciente tomó esta indicación como un rechazo hacia él mismo como persona y optó por abandonar al terapeuta.

También se encuentra otro testimonio que refiere respecto de los anteriores en la medida en que cuando se le diagnosticó HTAS, la reacción fue pedir inmediatamente cita con el médico, este relato se relaciona con la vulnerabilidad que sintió cuando se le diagnosticó HTAS y la seguridad que inspira el médico en cuanto le ayuda a preservar su vida.

Otros aspectos determinantes en la relación están dados por la influencia de agentes externos como el sistema de salud, la tecnología de punta que conlleva a la subespecialización consistente en dirigir el objetivo del tratamiento médico hacia un órgano específico olvidando al paciente como persona; o los avances en las comunicaciones que han permitido un mayor flujo de la información y contribuyen a la medicalización de la sociedad, situación en que los sujetos al estar informados

---

<sup>72</sup> SCHNEIDER, PIERRE B. Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo. Psicología aplicada a la práctica médica. Madrid: Paidós 1974. p. 270

sobre los riesgos de enfermar acuden a chequeos médico preventivos, para que se les detecten enfermedades latentes o establecidas. Esta actitud conlleva a que en ocasiones un sujeto que se creía estaba sano salga de una consulta con un diagnóstico que puede cambiar su vida: "Un médico pues, de un minuto al otro hace un enfermo de un hombre que se sentía sano"<sup>73</sup>.

A propósito se menciona que uno de los sujetos participantes en este estudio asistió al médico por tos, cuando este supo que fumaba le diagnosticó un cáncer; posteriormente se le descartó la enfermedad, pero siente que la conducta fue errada, ya que le ocasionó gran sufrimiento a él y a su familia, y aunque al final se descubrió que la causa de la tos era otra, él nunca quisiera ser visto de nuevo por ese profesional.

Este relato evidencia cómo la relación paciente médico no puede ser vista desde una perspectiva particular científica, en la que las posibilidades diagnósticas se dan por la posible evidencia de una enfermedad, sino como una relación multicausal en la que el sujeto es el centro de atención, que las patologías son cambiantes, y la tecnología debe ser utilizada de manera racional para saber más acerca de corporeidad integrada a su manera de pensar, en favor de su tranquilidad y que un diagnóstico como el de un cáncer no se debe comunicar al paciente, sino hasta estar totalmente seguro de que es cierto; además es importante resaltar como el sujeto desde el punto de vista de la medicina no debe ser visto como ser individual, sino como ser social o colectivo que construye una nueva cultura de la salud y la enfermedad, además que en la relación médico paciente entran a participar múltiples factores como son los afectivos (en el momento de entablar una relación de amistad), cognitivos (ejercidos para establecer un diagnóstico), operativos (para instaurar un tratamiento), éticos (que implican el cumplimiento de normas morales) e histórico - sociales (en relación al contexto que rodea la relación)<sup>74</sup>.

A partir de este momento se inicia el abordaje de la relación paciente médico desde una perspectiva sociológica, en la que se plantean varios tipos o modelos de relación, que son citados por Pierpaolo Donati<sup>75</sup>:

**Un Modelo Organicista –Sistémico:** de Lawrence J. Henderson (1909), en el que se introduce el concepto de sistema social desde un nivel biológico en la

---

<sup>73</sup>Ibid, p. 152.

<sup>74</sup>ENTRALGO, Op. cit.

<sup>75</sup>DONATI, Pierpaolo. Manual de sociología de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994. p. 49-55.

relación médico paciente. Este modelo se constituye en una primera aproximación a la perspectiva sociológica y a partir del cual se desarrollan otros nuevos modelos.

**Modelo Orgánico De La Dominación Profesional:** T. Parsons (1951), elabora este modelo basado en el modelo biológico y en E Durkheim que plantea que la relación médico paciente es una relación asimétrica entre roles ya que “por un lado esta el paciente que debe ser motivado a salir de su estado desviado mediante la búsqueda de una ayuda técnicamente competente, y a través de la plena confianza en su médico, lo que significa la total aceptación de la competencia profesional de éste e incluso una cierta pasividad por parte del paciente. Por otro lado esta el médico, que debe buscar el bienestar del paciente, debe guiarse por las reglas de comportamiento universal, debe ser objetivo y emocionalmente distanciado y debe aplicar estándares técnicos elevados”<sup>76</sup>.

En una patología como la HTAS cuyo curso es crónico y su naturaleza incurable, es muy riesgoso adoptar este tipo de vínculo ya que la patología implica compromiso por parte del paciente, para evitar complicaciones cardiovasculares, materializado con la ingesta puntual de medicamentos, el asistir a controles médicos periódicos para establecer la evolución de la enfermedad, la ingesta moderada de licor, tabaco y el establecer una rutina de actividad física. Este modelo se aplicaría a los pacientes con minusvalía física o limitaciones mentales ya que ellos sin la ayuda de sus familiares o de las personas que son responsables de su cuidado no pueden llevar un tratamiento adecuado; este modelo privilegia un tipo de relación semejante a la de un “padre con su hijo inmaduro”.

**El Modelo Normativo:** planteado por Th. Szasz y M.H. Hollender en 1956, establece la relación médico paciente en tres niveles de situaciones clínicas diferentes de acuerdo al tipo de enfermedad, la capacidad de respuesta y la colaboración del paciente; se apoya en el desarrollo evolutivo del ser humano, por lo tanto sus niveles se establecen a través de las relaciones “padre - niño”, “padre - hijo adolescente” y “adulto- adulto”.

El nivel 1 es una relación en que el médico tiene un rol activo sin restricciones y el paciente uno pasivo de dependencia médica, su objetivo es que el paciente no muera. Este tipo de vínculo se asemeja al prototipo madre lactante, se da en situaciones de urgencia, coma y algunas cirugías. El nivel 2 es un vínculo en que el médico guía, direcciona y explica al paciente su enfermedad, esperando que éste coopere luego de entender su estado, ejecutando lo que se le pide; se asemeja a la relación padre - hijo, se presenta en enfermedades agudas como la apendicitis y las enfermedades febriles. El nivel 3 es una relación en la que existe

---

<sup>76</sup> Ibid.

participación, colaboración y comprensión mutua y reciproca; se asemeja a la relación que existe entre dos adultos maduros y se da en enfermedades crónicas o en las rehabilitaciones luego de cirugías o traumas<sup>77</sup>.

En relación con este modelo aparece uno de los testimonios de los sujetos participantes en la investigación que manifiesta haber tenido un accidente cerebrovascular (ACV) a causa de una HTAS y una Diabetes Mellitus. Relata que cuando ocurrió el ACV fue trasladado a una unidad de cuidados intensivos en la cual era consciente de la gravedad de su estado de salud, pero no podía ayudarse ya que era incapaz de moverse y estaba conectado a varios instrumentos que lo sostenían con vida, necesitaba ser asistido en labores como la evacuación intestinal, vesical y el baño diario (nivel1); posteriormente cuando fue dado de alta de la institución donde se encontraba internado, empezó su proceso de rehabilitación con fisioterapia, ayuda de su madre y supervisión médica permanente (nivel 2), hasta que se consideró restablecido de la afección y recuperó su autonomía. En el momento realiza su vida normal, siendo consciente de los cuidados que debe tener para conservar su estado de salud (nivel 3).

**El Modelo de Confrontación:** expuesto por E. Freidson, D. Mechanic, M:S: Davis, I.K. Zola et al; es un encuentro entre dos tipos de sistemas sociales diferentes "el profesional espera que el paciente acepte lo que él aconseja según su sistema (profesional) de referencia, mientras que el paciente busca servicios según su propio sistema de referencia ("laico", de sentido común)"<sup>78</sup>. Desde esta concepción se plantea un vínculo problemático porque ambos tienen representaciones diferentes con respecto a la relación médico paciente generando conflictos, si el objetivo de la relación es establecer intercambios culturales y procesos comunicativos se debe convertir en una relación negociada.

Es este sentido existen puntos importantes planteados por los sujetos participantes de la investigación en relación con la obesidad; al respecto se trae un fragmento de diálogo en que afirman que cuando se utiliza el término obeso se sienten ofendidos, humillados y como reacción a esta situación aumentan de peso; prefieren que no se les obligue a perder peso, que se les pregunte por sus practicas alimenticias, que se les expliquen los peligros relacionados con el exceso de peso, la manera de controlarlo y se les estimulen los esfuerzos para que se sientan motivados a cuidarse por ellos mismos.

---

<sup>77</sup>SCHNEIDER, Op. cit.

<sup>78</sup>DONATI, Op. cit., p. 53.

- Sujeto1: "Si el médico es zalamero, cansoncito, que le diga a toda hora iesa gordura, a rebajar! así pues como que tratan durito, no vuelvo, así como hacía mi compañero acá".
- Sujeto 2: "Hay médicos que son como regañones, uno va y lo regañan. Es mas importante en vez de que lo regañen, le digan vea si usted no rebaja le puede pasar esto y esto y uno se pone a pensar"
- Sujeto1: "Uno está normal y puede estar en el mismo peso. ¡Eh! Qué bien está, no ha subido, no ha rebajado, pero tampoco ha subido, que bien está siga así".  
Este sujeto comenta cuando estuvo con un médico que le dijo obeso, sintió dolor:  
Investigador: ¿por qué le duele ?  
Sujeto 1: "Me lastimó".  
Investigador: ¿Qué sintió?  
Sujeto 1: "Me sentí humillada. Y lo primero que hice fue aumentar de peso."
- Sujeto 2: "Yo creo que lo más importante es que no lo obliguen a uno y lo traten un poquito mal, sino que le expliquen en qué consiste la enfermedad, entonces uno comprende y lógicamente cuando uno comprende porque debe bajar, lo hace por uno mismo".
- Sujeto 3: "Ahí es donde viene la forma en que se lo digan"
- Sujeto 2: "Exactamente".
- Sujeto 1: "Es que esa palabra gorda, a mi me enferma eso".

**Modelo Neo-Marxista:** planteado por V. Navarro, H. Waitzkin, B. Waterman, et al; en él la relación médico paciente es vista como un "modelo de explotación capitalista y de dominio político represivo"<sup>79</sup>, que se da entre quienes ejercen el poder en la sociedad y quienes no lo tienen, su enfoque establece un vínculo colectivo.

Como se puede observar a partir de lo planteado anteriormente, la visión sociológica de la relación médico paciente es compleja, esta inmersa en un entramado social con cambios permanentes en sus componentes, "cambian las necesidades de los usuarios y su definición cultural de salud y enfermedad. El paciente amplía sus expectativas en lo que respecta al médico y al personal sanitario, mientras que a su vez pierde confianza en sí mismo. Cambian los modelos profesionales médicos, sus vínculos de acción y de control, todo el orden del sistema sanitario. La relación se vuelve más impersonal, más apresurada y superficial, con lo cual se sabe cada vez menos. Cambian las tecnologías y procedimientos que median la relación entre médico y paciente. Tanto los médicos

---

<sup>79</sup>Ibid, p. 54.

como sus clientes utilizan cada vez más instrumentos técnicos (útiles, aparatos, laboratorios, etc.) que distancian cada vez más sus subjetividades. La oleada de medios informáticos y telemáticos conduce a todos estos fenómenos al paroxismo<sup>80</sup>.

El uso irracional de la tecnología ha conducido a "hacer cosas al paciente, no junto al paciente", lo que lleva a la pérdida de la comunicación directa entre médico y paciente; el primero es apresado por procesos administrativos en los que la posibilidad de profundizar en una comunicación interpersonal verdadera queda relegada a un segundo plano y el segundo no encuentra puntos de referencia culturales ni técnicos que le permitan entender los mensajes provenientes del médico, a pesar de tener una relación se consideran extraños.

En este aspecto los sujetos participantes en la investigación sienten preocupación porque algunos médicos se ven limitados en el tiempo de atención asignado a los usuarios por empresas de salud:

"Hoy en día la medicina , es la de las EPS donde uno es un número, en razón de pronto de lo que exige la misma empresa y para atender: van 14 minutos hasta luego pues. Anteriormente las familias tenía un médico y servía para todo, todo lo hacía un solo médico. Hoy se ve mucho , lo ven a uno como un número".

En los grupos de discusión también se hace referencia a que este tiempo no es suficiente para establecer una relación médico - paciente, que en ocasiones conlleva una despersonalización de la relación, en el que este último por la exigencia del tiempo esta pendiente del reloj, no los mira a los ojos, sino que simplemente los medica; además comentan que cuando esto sucede existe desconfianza en la terapéutica instaurada y en ocasiones se sienten atemorizados y no vuelven a consulta.

En este sentido la relación médico paciente se correlaciona con el desconocimiento del rol social del paciente, quien al no encontrar apoyo en el terapeuta recurre a buscar ayuda en otros terapeutas ya sea que pertenezcan a la biomedicina o a otros sistemas de curación, para que le ayuden a recuperar su identidad cultural por medio de la seguridad. Este proceso genera una situación crítica en la relación paciente médico, que se soluciona cuando se restablece la comunicación a través del lenguaje corporal y oral, con un diálogo abierto y honesto que genera una mediación cultural que permita establecer el proceso de socialización.

---

<sup>80</sup>GONZALEZ MARIN, Esperanza; FERNANDEZ MARTIN, Celia; PACIOS DE DIOS, JESUS. La relación médico - paciente: una aproximación desde el modelo comunicacional. Salamanca: Laboratorios Lilly. 1998. p. 12.

Como complemento a la visión sociológica de la relación paciente médico, se establece también un planteamiento psicológico expuesto por Schneider (el modelo normativo de Hollender que ya fue expuesto en la visión sociológica), que se centra en la tríada paciente - enfermedad - médico, con variaciones dadas de acuerdo al tipo de patología que se encuentre en un momento dado y las concepciones subjetivas de quienes participan en el proceso. A continuación se exponen dichos modelos:

**Modelo De Von Gebattel:** en el que se establecen tres fases de la relación paciente médico a partir del momento en que el primero visita a su médico por una afección e incluye un aspecto determinante de esta, que es el distanciamiento como requisito para que la relación se pueda llevar a cabo con objetividad.

La primera fase es la de llamado humano en que el paciente necesita al médico y este adopta una actitud "aquí estoy", en este punto se puede producir una fusión entre los dos que impide la objetividad y como consecuencia pone en peligro la relación terapeuta - paciente.

Posteriormente viene la fase de alejamiento o la objetivación en la que el médico considera a su paciente como un objeto de estudio o "un caso", su prioridad es establecer un diagnóstico apropiado y una terapéutica coherente; en esta fase la relación personal es relegada a un segundo plano en que el paciente siente que el médico sabe y se siente utilizado como un objeto, este proceso al que se llama el de distanciamiento es difícil de aceptar por el paciente quien se niega a ser tratado como objeto.

Finalmente viene la fase de personalización en la que el paciente percibe que el médico lo comprende y lo ayuda, y el médico siente que el paciente sufre y esta dispuesto a ayudarlo. En esta etapa reincide el acercamiento entre ambos, desaparece la frustración afectiva a la que había sido sometido el paciente y este es visto nuevamente como una persona que puede ser ayudada por un terapeuta quien le facilitará restablecerse de su afección<sup>81</sup>.

Cuando un paciente percibe que está enfermo y visita al médico, lleva consigo una sensación de inseguridad dada por su percepción de vulnerabilidad corporal y espera que este restituya su confianza por medio de una terapéutica acertada. En este proceso influye el primer encuentro entre ambos, en el que se realiza un intercambio afectivo, pero también existen barreras que están dadas por la educación médica, como la de que el médico debe ser un ser objetivo para poder realizar un diagnóstico y establecer una terapéutica adecuada.

---

<sup>81</sup>Ibid.

Lastimosamente al médico no se lo prepara en la universidad para asumir este rol, por lo que decide distanciarse a pesar de que sienta que eso no es lo que quiere hacer, y mirar a su paciente de acuerdo a un punto de vista biológico en el que se le solicitan exámenes para establecer un diagnóstico acertado, o se le instaura una terapéutica inicial para ver los resultados; este distanciamiento intencionado ocurre para evitar que el terapeuta a los ojos de su paciente pierda su status, si la conducta establecida no es adecuada. En el momento en que se tiene una certeza diagnóstica ya sea por el camino de los estudios complementarios, o por la respuesta al tratamiento, se legitima su status y con él vuelve la seguridad, que le permite restablecer una relación afectiva con sus pacientes.

**Modelo De Tatossian:** en este esquema se describen dos procesos que son el "interpersonal" y el "técnico de servicio". El primero es utilizado por el psicoterapeuta y el psiquiatra quienes establecen una relación de tipo interpersonal que incluye aspectos cognitivos, emocionales, corporales que integran a las fantasías del paciente.

En este sentido, algunos de los sujetos participantes en la investigación hacen mención de un médico que murió y con el cual tenían una excelente relación porque les hablaba en el mismo lenguaje, los entendía como personas, los saludaba dentro y fuera de la institución donde prestaba su servicio y les dedicaba tiempo para escucharlos. Ellos por su parte le contaban la verdad sobre sus vidas ya que se sentían escuchados y comprendidos:

- Sujeto 1: "Mi mamá también la extraña mucho, por que había muy buena relación entre médico paciente, le contaba toda la verdad por que se dice que al médico y al cura no se le puede mentir nada, ella llegaba feliz por que la escuchó y por que se metía en el mismo lenguaje de ella".
- Sujeto 2: "Ella era muy buena, era carismática, lo llamaba a uno , yo me la encontraba en la calle y me decía: ¿Cómo está? ¿Bien?".
- Sujeto 1: "Con ética médica".

También hacen referencia al control de su HTAS con respecto a la confianza que se genera con el médico " porque ella me tiene muy bien a mí y tiene a mi esposo muy controlado". Complementan refiriendo que el contacto periódico con el médico, les permite establecer comunicación y este aspecto favorece el control de enfermedad.

El segundo es un proceso con una mirada de tipo sociológico, el llamado **modelo técnico de "servicio de reparación"**, en el que el paciente es visto como un cliente con un órgano defectuoso que debe ser reparado y la relación gira en torno

a este órgano, sus defectos y la reparación solicitada. Este tipo de proceso se observa en las relaciones de los médicos especialistas y generales.

Ni el ser humano, ni mucho menos el médico está exento de sentir y transmitir sus intereses a quienes le rodean. Así si un sujeto ha elegido ser médico por un interés biológico en el que prima el deseo de restablecer el funcionamiento del cuerpo humano dentro de los patrones de alteración y restauración de órganos, este será reflejado en la atención a sus pacientes y la relación estará orientada al modelo técnico de servicios; pero si lo que lo llevo a elegir su profesión fue un interés social en el que prima la visión de ayuda a la humanidad y a sus pacientes a superar sus dificultades para restablecer su medio ambiente social, su relación se orientará hacia el modelo interpersonal en el que tratará de dar herramientas a estos para que se restituyan y recuperen su rol social.

Así desde este enfoque la relación médico paciente no sólo está influenciada por el deber ser, sino que en ese encuentro ambos hacen acopio de su identidad, su personalidad, sus deseos, frustraciones, creencias y pensamientos para construir un tipo de relación subjetiva y transitoria en el sentido de que es una relación cambiante, mutante que evoluciona con las circunstancias que rodean el presente, pero que influenciarán la manera de conectarse en el futuro en relación con la terapéutica apropiada y el curso de la enfermedad hacia la curación, el control para evitar complicaciones o la muerte.

Otros modelos de la relación médico paciente se basan en el manejo de la información y la toma de decisiones, de acuerdo a la evolución que ha tenido la asistencia sanitaria hacia tratar al enfermo en vez de la enfermedad, buscando responsabilizar a la población en general de sus dolencias; estos modelos propuestos por Roter y Hall (1992) citados por González y otros<sup>82</sup> comprenden el modelo paternalista o tradicional, el clientelista y el mutualista:

**Modelo Paternalista** (médico tradicional): en este el terapeuta asume una posición superior y autoritaria ante un paciente colaborador, su relación se centra en lo somático. El médico asume un papel paternalista agobiando al paciente con consejos, generándole angustia por “cumplir” las prescripciones y fomentando actitudes de dependencia y pasividad que no lo comprometen de manera eficaz con la terapéutica.

Este modelo es privilegiado al tener contacto con ciertas personalidades obsesivas que centran su vida en el deseo de vivir y piensan que un tratamiento adecuado y la vigilancia médica permanente les va a permitir vivir más. En patologías crónicas

---

<sup>82</sup> GONZALEZ MARIN, Esperanza; FERNANDEZ MARTIN, Celia; PACIOS DE DIOS, JESUS. Op. cit.

e incurables como la HTAS que se ven influidas por el estrés ese fenómeno llega a producir una hipertensión de bata blanca, situación caracterizada porque el paciente en casa tiene cifras normales de HTAS, pero la angustia generada por el contacto y la consulta médica crea en ellos un ascenso transitorio de sus cifras tensionales, que cesa cuando salen de la consulta médica.

Esto genera un dilema diagnóstico para el terapeuta, quien considera que su paciente es hipertenso, y un problema para el paciente que es sometido a una gama de exámenes que serían innecesarios si se tuviera un manejo adecuado de la relación paciente médico.

**El Modelo Clientelista:** es un modelo más igualitario que posiciona al médico frente al papel de “convencer, vender salud”, en contraposición el paciente que se considera un consumidor de servicios de salud que exige cuidados; como ventaja sobre los otros modelos esta el centrarse en el enfermo y no en la enfermedad, pero puede conducir a un exceso de verbalización y de complacencia por parte del terapeuta, generando una necesidad de evaluar los servicios prestados.

En Colombia la Ley 100 de seguridad social ha favorecido este tipo de relación, ya que en la prestación de servicios de salud participan empresas privadas y públicas con libre competencia en el mercado, dentro de una población de usuarios potenciales que por obligación deben pertenecer a un plan de salud. Esto conlleva a las empresas a ser complacientes con aquellos usuarios que les interesa conservar, aun cuando sus requerimientos no sean pertinentes desde el punto de vista médico. El problema se genera cuando este dinero que se ha malgastado en quienes no lo necesitan, se trata de ahorrar con quienes en realidad ameritan la atención por que de estos servicios dependen sus vidas.

**El Modelo Mutualista:** es un tipo de relación en el que el médico informa, negocia objetivos, comparte responsabilidades y respeta la posición de su paciente. Como cualidades con respecto a otros tipos de vínculo están el generar menor estrés laboral al médico y el permitir compartir la responsabilidad del proceso de acuerdo a las necesidades detectadas.

Al respecto los sujetos participantes en la investigación comentan que cuando tienen un médico responsable de su atención al que llaman el “médico de cabecera” que es quien se encarga de su atención de manera permanente se establece una relación de intercambio mutuo que permite que tengan confianza en los tratamientos instaurados.

Se observa que cuando existe comorbilidad, esta se asocia en muchos casos con

una mayor percepción de gravedad de su enfermedad por los pacientes y los médicos quienes cambian el enfoque de la relación, orientándolo hacia un mayor compromiso en el tratamiento y control de la enfermedad, para evitar nuevas complicaciones; esto conlleva por parte del terapeuta a prestar más atención al paciente y a sus dolencias y en este último a responsabilizarse de su tratamiento para evitar nuevas complicaciones, actitud que se ve reforzada al sentir que su terapeuta le presta atención y lo hace sentirse importante.

Otro aspecto importante dentro del análisis de la relación médico - paciente se genera dentro de la medicina como institución social, proceso que conduce a estudiar el vínculo terapéutico desde una perspectiva de legitimación y construcción cultural, por medio del status y rol. Según Linton el status es "la ubicación que un individuo dado ocupa en un sistema (social) particular en un momento dado"<sup>83</sup>, esta definición conduce a pensar en el status como la jerarquía y el prestigio que el sujeto ocupa en la sociedad, es definido, admitido e institucionalizado por la cultura y se fija como tradición. En el caso del médico existen estereotipos que marcan su status como el estetoscopio o la blusa blanca.

El rol "se define como el conjunto de las conductas que se esperan legítimamente de una persona, designa el conjunto de los modelos culturales asociados a un status particular; comprende los valores, las actitudes y conductas asignadas socialmente para un status en particular. El rol es lo que debe hacer un individuo para confirmar su derecho a un status; tiene funciones sociales, afectivas, laborales, valores culturales y su institucionalización se manifiesta por el ritual que lo acompaña, un ejemplo de este son los diplomas"<sup>84</sup>. La sociedad está constituida por sujetos con roles y status cuya elección no es voluntaria, sino que está determinada por la edad, el sexo, la personalidad, la etnia, la raza y la religión. El paciente y el médico como seres integrantes de la sociedad no están exentos de estos<sup>85</sup>.

Al abordar a los sujetos participantes sobre este aspecto se preguntó lo siguiente:

- Investigador: "¿Qué sentimiento se genera con la palabra médico?"
- Sujeto 1: "Agradable por que si yo estoy enferma, yo sé que mientras yo no vaya no me voy a mejorar. Entonces voy donde el médico, tengo la

---

<sup>83</sup>SCHNEIDER, Op. cit., p. 161.

<sup>84</sup>Ibid.

<sup>85</sup>Ibid.

confianza en que el médico me va a mejorar”.

- Sujeto 2: “Y esa palabra es muy importante en toda persona”.

Esta declaración hace referencia al status y rol del médico considerados socialmente como derechos y obligaciones permanentes, a diferencia de los del paciente que son accidentales y transitorios. Algunos de los detectados en esta declaración son la competencia técnica, en el sentido de que se acude al médico con la seguridad de que éste realizará un diagnóstico adecuado, que conduzca a una terapéutica eficaz para restablecer el estado de salud perdido en su paciente; se tiene la seguridad de que el médico tratará a su paciente ya que debe tratar a todos los sujetos por igual con una actitud humana pues su interés es el bienestar humano.

Otras características del rol y el status médico a las que no se hace referencia en esta declaración son aquellas relaciones establecidas con sus pacientes que garantiza a estos el respeto de su intimidad aun cuando se tenga acceso a su cuerpo, y el derecho a gozar de un trato humano, sin establecer relaciones personales con ellos.

Durante esta investigación cabe resaltar un aspecto importante y es el hecho de que cuando se abordaba el significado, sentimiento e imaginario de la palabra médico la conversación continuaba durante unos minutos:

Investigador: “Ustedes van a ir a un sitio y les dicen: lo va a atender un médico. ¿Qué palabra se les viene a la cabeza? ¿Con que palabra lo asocian?”

- Sujeto 1: “Uno siempre piensa: ¿Será atento? ¿Será hosco? ¿Cómo serán ellos? Uno nunca lo ha visto ¿Quién será? ¿Cómo será su calidad humana? ¿Cómo lo atenderá a uno? ¿Será muy serio, muy radical? Si, uno siempre que estrena médico, uno siempre que va donde el médico o el odontólogo piensa ¿Cómo irá a ser?”.
- Sujeto 1: “Hay gente que lo previene a uno, yo me acuerdo que me mandaron para donde un médico en una entidad de salud. Entré prevenida, desde que entra la regaña , la mira feo”.
- Sujeto 2: “Uno antes de ir, si es primera vez que va a ir una piensa ¿Cómo me va a atender? Si le digo que tengo esto me regaña, entonces uno ya piensa. Por ejemplo yo cuando tengo que ir donde la doctora (médico que lleva el control de su hipertensión arterial) no me produce nada y me vengo derecho”.

Pero luego se desviaba hacia el abordaje de la terapéutica o se interrumpía para dar paso a espacios dominados por el silencio. Esto hace referencia a dificultades para definir el rol y status del médico en los sujetos participantes de la investigación, quienes prefieren no abordar la temática, por ser conceptos que hacen parte de su vida íntima no pertinentes a ser expuestos en los grupos de discusión, o simplemente porque nunca los han tratado de expresar. La relación médico paciente aunque no se define como tal por parte de los participantes, sigue siendo una relación asimétrica en cuanto a que el médico es quien ejerce el control de la situación y el paciente está sometido a sus actitudes, aptitudes y decisiones.

Esta actitud conlleva a que luego de varios intentos por definir el status y rol del médico, se abortara la discusión. Sin embargo en este aspecto queda un espacio importante por explorar si se quiere establecer una relación terapéutica eficaz que realmente conduzca a mejorar la calidad de vida del enfermo.

Como el médico, el paciente también goza de un status y un rol que en este caso son pasajeros porque el origen de la enfermedad se considera accidental y no se espera estar enfermo por siempre. Dentro de los derechos del enfermo está el ser eximido de sus compromisos laborales debido a que su estado de salud no le permite trabajar, este derecho se ve legitimado socialmente con la expedición de un certificado de incapacidad laboral<sup>86</sup>. Como ejemplo de este hecho está la incapacidad que se le da a una persona cuando sufre una complicación derivada de la HTAS como un ACV, en el que se le considera incapacitado para laborar de manera transitoria o permanente, que es legitimado socialmente por el médico quien lo exime de sus responsabilidades laborales por medio de una incapacidad laboral; además deriva en otro aspecto como es el derecho a recibir ayuda de quienes lo rodean (familia, terapeutas y amigos) que lo acompañarán hasta que pase su periodo de minusvalía. Proceso que está condicionado por el compromiso establecido por el paciente quien se debe comprometer a buscar su curación por medio del abandono de rutinas de vida relacionadas con el alcohol, el tabaco, la alimentación inadecuada y cooperar con el esquema terapéutico específico establecido por medio de los medicamentos.

En los grupos de discusión también se abordaron los sentimientos que se generan con la palabra médico, se realizó esta pregunta por ser un factor influyente en relación que no se había evidenciado en el transcurso de la charla, ya que se habían discutido elementos relacionados con lo sucedido cuando se conoce al médico, pero cuando este es un desconocido ¿Qué esperaban encontrar? Al respecto los participantes respondieron:

- Sujeto 1: "Pues si no es conocida el doctor o la doctora pues muy maluco".

---

<sup>86</sup>Ibid.

- Investigador: "¿Por qué?"
- Sujeto 1: "Es como contar la misma historia de lo que uno padece de lo que uno ve, en cambio el médico de cabecera sabe como es uno, sabe lo que uno sufre sabe lo que le puede mandar y todo, sabe todas las historias y por lo menos ya hay una confianza con un médico".
- Sujeto 2: "Es como amigo que después que uno le tenga confianza al médico es muy distinto.

También refieren que la concepción del médico se da en relación con "la palabra enfermedad, persona que trabaja con salud, inspira respeto". Con relación a este planteamiento dicen que este sentimiento se origina en ocasiones en un diagnóstico mal fundamentado, como es el caso que le sucedió a una señora a la que le diagnosticaron un cáncer, basado en los resultados de unos exámenes pertenecientes a otra persona; otro caso relacionado con el tema hace referencia a la expectativa que se genera ante un médico cuando se va a iniciar un tratamiento (ser tratado por primera vez por él) porque se desconocen aspectos relacionados con su calidad humana, su manera de relacionarse con los pacientes y además también influyen los comentarios de otras personas en aspectos como el tiempo que destina a la atención de sus pacientes, la posibilidad de expresarle lo que sienten y su calidad profesional en relación a la pertinencia de los tratamientos y exactitud en los diagnósticos.

Se continúa con la exploración sobre el deber ser del médico con la pregunta:

- Investigador: "¿Qué sienten ustedes que les falta a los médicos para acercarse a ustedes?"
- Sujeto 1: "Confianza".

Esta confianza es vista como la empatía que se genera en la relación y que permite la comunicación entre ambos, o como se llama en psicoanálisis la transferencia y la contratransferencia en el sentido de el intercambio que se produce entre médico y paciente. Dentro de los condicionantes del médico para que la relación permita la comunicación están que el médico sea agradable, no en el sentido físico, sino que llegue a los demás para establecer una relación de confianza para contarle mas acerca de su enfermedad, para que le dé la pauta de todo lo que debe hacerse. Consideran que esta actitud es lo que le hace falta a muchos médicos, y la relacionan con la ética profesional; explican además que ser agradable es ser querido, tener capacidad de escuchar a los demás, fomentar una buena relación y que no interponga barreras entre el paciente y el médico.

Los sujetos participantes en la investigación afirman que la relación paciente médico influye en sus tratamientos, comentan que cuando el médico les da

confianza le cuentan la verdad porque se establece una relación en la cual no se sienten regañados por hallazgos propios de la consulta, como ejemplo citan la obesidad, razón por la cual a menudo se sienten cohibidos y menospreciados.

En los grupos de discusión también se abordan aspectos relacionados con la falta de credibilidad en el médico por que su discurso científico hace referencia a procesos que no se evidencian en su vida práctica; con los problemas asociados con "el actual modelo de atención en salud donde se dan sólo 14 minutos de atención y cuando el tiempo se agota hacen pasar de inmediato a otra persona". En este testimonio está vinculado con "el factor económico asociado con el tiempo de atención dedicado específicamente a una persona". Extrañan al médico familiar que atendía a todo el núcleo familiar por igual, creen que la medicina se ha monetarizado y que los profesionales han deshumanizado la atención al paciente, comparan la atención que se les da en la EPS a la recibida en otras entidades. También hacen referencia a la falta de credibilidad que se genera en el médico cuando este predica algo muy diferente de lo que practica, o cuando sus tratamientos no son efectivos. En el primer caso mencionan al médico que recomienda dejar el tabaco, con un paquete de cigarrillos guardado en el bolsillo, en el segundo caso comentan el hecho de que se genera desconfianza en el médico cuando sus tratamientos no logran la mejoría de las dolencias de sus pacientes.

Sin embargo, hay consentimiento en el seguimiento de las recomendaciones médicas porque el médico es el que sabe, este aspecto de su status se ve legitimado por el hecho de haber estudiado y de tener ética. Al respecto afirman que cuando los tratamientos son efectivos, se genera confianza en el médico y por eso en una tratamiento como el de la HTAS no les gusta que se les cambie de médico cuando se sienten controlados.

Es importante destacar que este bosquejo se continúa estructurando porque la relación médico paciente es una relación en la que se maneja poder y sumisión, y que su análisis no se puede establecer a través de una óptica simple, sino de un entramado de relaciones con factores propios de los sujetos entremezclados con aspectos medioambientales.

Es menester mencionar cómo parte de la relación médico - paciente esta conectada con los aspectos afectivos conscientes e inconscientes, que para ser abordados desde una perspectiva antropológica, psicológica y sociológica se debe determinar que la relación médico - paciente se inicia en la consulta médica. Ámbito solemne que legitima la autoridad médica (consultorio), donde se establece una relación heterogénea (Valabegra), semejante a la relación de un padre con su hijo con transferencia de sentimientos infantiles (modelo de relación tipo

Hollender), donde no existe un intercambio afectivo recíproco porque el médico está en un nivel superior con respecto al paciente; como refuerzo a esta teoría se encuentra lo expresado por los sujetos participantes en los grupos de discusión, quienes dicen hacer caso de las recomendaciones médicas instauradas: "porque los médicos son quienes han estudiado, tienen ética y son los que saben".

En esta apreciación se observa que el médico se considera en un nivel superior con respecto a sus pacientes, en un nivel afectivo es visto como un padre complaciente o castigador, por parte de sus pacientes, también desde el punto de vista de su subjetividad el médico está influenciado por sentimientos contradictorios hacia su paciente, que son el resultado de experiencias anteriores o que en un aspecto inconsciente se relacionan con una experiencia infantil particular; la relación médico paciente genera sentimientos frustrantes en el médico, ya que desde su rol no se le permite sentir afecto hacia su paciente por el riesgo de perder su objetividad. Además está enfrentado a un sujeto (paciente) que adopta el rol de hijo, que considera de manera inconsciente que merece ayuda, se encuentra ansioso, con problemas, seguro de padecer una enfermedad, de merecer una actitud terapéutica semejante a la que habrían tenido sus seres queridos en una situación semejante y que además está seguro de que lo puede sanar.

Este sujeto vulnerable desde el punto de vista psicológico también se permite romper parámetros sociales como son el desnudarse o el permitir ser tocado por su terapeuta sin culpabilizarse, con la seguridad de que su médico no se aprovechará de la situación; esta relación de poder también se ve influenciada por las prescripciones medicamentosas que el paciente recibe con la sensación de que le permitirán recuperar su estado de salud siempre y cuando se comprometa a seguirlas. Es importante aclarar que el enfermo coloca en el médico una serie de esperanzas, la mayoría inconscientes, aceptadas y reconocidas por nuestra cultura y por el propio mundo médico, con la seguridad de obtener su curación<sup>87</sup>.

Los participantes en la investigación cuentan que cuando acuden a un médico se sienten frustrados si el tratamiento no surte el efecto deseado, por lo tanto deciden visitar diferentes profesionales de la medicina, hasta que encuentran su curación, a partir de ese momento se genera nuevamente confianza en el profesional:

- Sujeto 1: "Hay doctores que uno no les cree".
- Sujeto 2: "No, no le sirve a uno (refiriéndose al tratamiento), uno se siente más mal, y más mal".
- Investigador: "¿Qué sucede ahí?"
- Sujeto 2: "Pues uno sigue igual de enfermo".

---

<sup>87</sup>Ibid.

- Investigador: ¿Por qué?
- Sujeto 2: "No sé. Uno cambia de médico, le manda otra droga diferente y uno ya siente la mejoría. Yo me mantenía muy enferma yo me tomaba la presión pero mala, mala, mala me hospitalizaban cada rato; me cogió la médica del control de hipertensión arterial y ya estoy controlada".

Dentro de la relación paciente médico también es menester mencionar que el acto médico se inicia con el motivo de consulta que es la causa por la cual el paciente acude al encuentro con su terapeuta, en el que espera exista reciprocidad afectiva generada por la identificación con el otro, en la confianza basada en la autoridad, el poder y el amor total (semejante a la de su madre)<sup>88</sup>, así se encuentra que el paciente va en busca de ayuda para superar la situación definida, y espera que el facultativo se ocupe de su totalidad, porque es una persona y merece ser tratada como tal<sup>89</sup>. Por lo tanto este momento es vital para establecer la confianza mutua o la frustración ya que en ocasiones el paciente no se atreve a contar la verdad sobre su vida, pero espera que el facultativo la explore o la perciba a través de su actitud. Si el médico adopta una posición de interés el paciente se siente confiado y le cuenta la verdad de su vida, si en cambio adopta una posición indiferente la comunicación se bloquea y se establece un intercambio netamente cientifista (en el sentido en que se establece una relación donde el conocimiento científico es el que guía la relación y la afectividad queda relegada). Con referencia a este aspecto se encuentran segmentos de testimonios de diálogos extraídos de las sesiones de los grupos de discusión:

- Sujeto 1: "Hay médicos que dan mas confianza que otros, entonces uno le cuenta la verdad al médico y todo por que se establece una relación".
- Sujeto 2: "Yo creo que debería haber una relación de confianza entre médico y paciente".
- Sujeto 2: "Mi mamá también la extraña mucho, porque había muy buena relación entre médico - paciente, le contaba toda la verdad por que se dice que al médico y al cura no se le puede mentir nada, ella llegaba feliz por que la escuchó y porque se metía en el mismo lenguaje de ella" (este último segmento hace referencia a una médica que murió).

Otro participante habla de su aprecio a la médica que lo trata, basada en que tiene muy controlados a ella y a su esposo, otros aspectos abordados en los grupos de discusión hacen referencia a la importancia que se le da a las relaciones extramurales (por fuera del consultorio) con el médico, como el hecho de que

---

<sup>88</sup>Ibid.

<sup>89</sup>PEREZ- GASPAR, M. Modelos de relación médico paciente. Pamplona (artículo de Internet).

los salude en la calle y reconozca quienes son, esto lo relaciona con la ética médica.

El motivo de consulta es vital en el proceso de la relación ya que en el se generarán la empatía o la desconfianza que facilitarán o entorpecerán la identificación de la dolencia que condujo al paciente a buscar ayuda, en ocasiones es fácil identificar alguna enfermedad, pero en otras no, ya que se observa que la causa por la cual el paciente acude a la consulta ha estado presente por años, pero un factor emotivo, social, personal, biológico o ambiental lo hace sentirse vulnerable y buscar ayuda<sup>90</sup>.

Respecto a la HTAS es frecuente encontrar que un paciente que ha sido hipertenso por años, pero inicia tratamiento cuando un familiar muere, o alguien cercano (desde el punto de vista afectivo) padece un infarto, en ese momento se toma conciencia de que la afección puede ocurrir en ellos y decide iniciar controles médicos para evitarla.

El resultado del encuentro entre médico y paciente está en relación con los sentimientos generados a partir del contacto establecido entre ambos, de las expectativas que se tengan en torno al contacto, de la actitud de comprensión o el intentar juzgar al paciente, de la calidad de comunicación que se establezca y de la seguridad que sea capaz de transmitir el terapeuta al paciente. En el médico las concepciones de salud y enfermedad son determinantes, ya que si su enfoque es absolutamente biológico su objetivo estará dirigido a encontrar el órgano enfermo y repararlo, en cambio si asume un papel social que le permita determinar creencias, actitudes y comportamientos para comprender una situación social dada, tratará al paciente como un ser integral y su objetivo estará dirigido a comprender al paciente como un sujeto integral; En el caso del paciente este también va a tener creencias y actitudes que faciliten o entorpezcan la labor médica, puede buscar únicamente el médico que lo repare desde el punto de vista biológico, el terapeuta integral que lo vea como sujeto, o verse obligado a acudir a la consulta médica por que otros sistemas de salud han fallado en el objetivo de buscar su recuperación.

En cuanto a los aspectos afectivos conscientes e inconscientes de la relación médico - paciente, se debe anotar que el paciente espera en relación con el médico que exista una participación mutua, en la que ambos se miren como adultos, con sentido de pertenencia y responsabilidad, que les permita comunicarse de manera recíproca.

Se resalta que uno de los sujetos encuestados en la primera parte de la

---

<sup>90</sup>DE LA CUESTA BENJUMEA, Op. cit.

investigación dice que las charlas sobre HTAS deben ser personalizadas y no en controles integrales con otros hipertensos.

Como parte final de la relación médico - paciente se abordan los aspectos relacionados con la acción terapéutica, que es la resultante del encuentro entre médico y paciente en el ámbito de la consulta médica, en la que el terapeuta investiga una patología, establece un diagnóstico probable e inicia un seguimiento por medio de exámenes de laboratorio, cambios en el estilo de vida y/o medicamentos.

Ambos sujetos (médico y paciente) se sienten ansiosos, pero el paciente más por que desconoce lo que le depara el futuro (los pasos a seguir dentro del establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento), en este momento es importante hacer un alto en el proceso terapéutico, para darle una explicación de su padecimiento y su tratamiento. En este sentido se retoma la pregunta realizada en la primera parte de la investigación respecto a ¿entiende usted las indicaciones que le da su médico acerca de la presión arterial? un porcentaje importante de pacientes 81%, refiere entender las indicaciones que su médico le da, porque consideran que son claras, prácticas, interesantes, didácticas, son muchos años escuchando lo mismo y consideran que han aprendido, han estudiado algo relacionado con la salud y también hacen referencia a que el médico es agradable. Un 20 % manifiesta entender en ocasiones, lo sustentan explicando que no son muy duchos en el tema, por olvido, por terquedad debida a los años o por limitaciones orgánicas como la sordera.

Otros estudios como el de Basterra<sup>91</sup> citan como características importantes en el incumplimiento terapéutico el hecho de que los pacientes no entiendan las indicaciones médicas por características propias de su personalidad que implican distanciamiento generando interferencia en la comunicación.

Este aspecto de la relación médico paciente se ve reafirmado por el comentario realizado durante los grupos de discusión en los cuales se dice que "existen médicos que dan mas confianza que otros (entonces uno le cuenta la verdad al médico y todo por que se establece una relación).

Complementa este concepto la investigación de Homenedes y Ugalde 1994, "Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos en el tercer mundo", citada por Arciniegas 1996<sup>92</sup>, en la que resaltan como aspectos a tener en cuenta en el

---

<sup>91</sup>BASTERRA GABARRO, Miguel. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Pharmaceutical Care, 1999. p. 97 - 106.

<sup>92</sup>ARCINIEGAS, Ignacio. Estudio sobre el cumplimiento farmacológico en hipertensos de Manizales, 1996. Sin publicar. 54 p.

cumplimiento terapéutico: la comunicación médico paciente y las equivocaciones de los médicos.

Estos hallazgos se correlacionan con los encontrados en la literatura en que "determinados estudios sobre la fidelidad a la prescripción mostraron que el enfermo se permitía omisiones u olvidos frecuentes, pero que por lo general no se atrevía a hablar de ello directamente al médico"<sup>93</sup>.

En la primera parte de la investigación se pregunta a los encuestados si siguen o no las indicaciones medicas, a lo que el 88% responde si, el 11% no seguirlas y el 1% restante no respondió. Al preguntar ¿Porqué sigue las recomendaciones que le hace su médico acerca de la presión arterial? Los encuestados dijeron seguir las indicaciones médicas porque les prolonga la vida, tienen miedo a la muerte, porque se los dice el médico, por los hijos, o porque son fáciles de hacer.

Las personas que no siguen las indicaciones médicas lo justifican de la siguiente manera: por pereza, porque no les han dado indicaciones, por terquedad, por descuido en la alimentación u otro tipo de dificultades inespecíficas.

Desde otro punto de vista se encuentra que una de las razones por las que no se siguen las indicaciones médicas es porque el paciente no confía en la medicación instaurada por su terapeuta (ya sea por temores a reacciones adversas propias de las sustancias, temor a intoxicarse, etc.), pero no se atreve a revelar este asunto a su médico, por temor a su reacción, ya que no se ha establecido una comunicación adecuada entre ambos. El resultado de este proceso es un control inadecuado de cifras tensionales a repetición, que por un lado, conduce a los terapeutas a incrementar dosis de medicamentos de manera indiscriminada, a los pacientes a acumular fármacos que no toman, cuyo objetivo es controlar la presión arterial y finalmente la enfermedad sigue su curso hacia las complicaciones.

Esto proceso que tiene resultados catastróficos se puede obviar por medio de un proceso adecuado de atención que incluya el conocimiento del paciente, sus costumbres y su medio ambiente, para adaptar su tratamiento médico a sus necesidades personales. Por lo tanto es menester expresar que siempre se deben analizar las barreras en la comunicación entre médicos y pacientes, como parte integral del diagnóstico de una enfermedad y el establecimiento del tratamiento. El tratamiento de la enfermedad no sólo se aborda desde la formulación y las recomendaciones sobre estilos de vida saludable, sino desde las creencias, objetivos y prioridades del paciente.

En este sentido se hace necesario determinar desde el punto de vista médico

---

<sup>93</sup>SCHNEIDER, Op. cit., p. 168.

hacia quién está destinado el tratamiento, si está destinado al paciente para restablecer su estado de salud, a su familia que presiona al terapeuta para ejercer un adecuado control de la patología aun cuando el paciente no desee el tratamiento, o a la sociedad que piensa que todo enfermo debe recibir un tratamiento medicamentoso o al terapeuta como elemento tranquilizador para reafirmar su status.

Se debe establecer que el médico utiliza el medicamento como agente terapéutico con el objetivo de utilizar su acción medicamentosa pura o la farmacodinámica (acción específica de los medicamentos en el organismo) agregada a la intervención subjetiva para aumentar o disminuir el efecto terapéutico. En este sentido se establece que la acción de un medicamento se puede deber, fuera del efecto farmacodinámico, a la actitud del médico en especial con relación al efecto del medicamento que se convierte en algo así como el indicio de su potencia terapéutica y la actitud del enfermo en su creencia respecto del medicamento y a la confianza en su médico. Así el medicamento se convierte para el médico en una manera de demostrar afecto y hacer un obsequio a su paciente<sup>94</sup>.

En muchos casos el medicamento también es visto como un puente de comunicación entre terapeuta y paciente, un objeto en que ambos fijan la confianza y la esperanza de que restablecerá el anhelado estado de salud del paciente. En Colombia el acceso de la población general a los servicios de salud y especialmente a los medicamentos ha tenido antecedentes de ser inequitativo y deprivativo, en el sentido de que solo aquellos que tenían dinero podían asistir a controles médicos y realizarse los tratamientos indicados.

A partir de la ley 100 de seguridad social de 1993 en la que toda la población debe estar afiliada a sistemas de salud contributivo o subsidiado el sistema ha cambiado sobre todo para patologías como la HTAS donde los programas de fomento y prevención no tienen ningún costo para los beneficiarios; estos antecedentes generan una deuda en salud (en el sentido de que una parte importante de las complicaciones que se atienden hoy pudieron ser evitadas con un control oportuno) y la población que hoy acude a los servicios de salud se siente inconforme y no cree en el terapeuta cuando este no le prescribe medicamentos.

La prescripción medicamentosa desde la relación médico paciente también es vista como una manera de poner a prueba al médico. Su seguridad personal, su rol y su status que se verán estructurados o no de acuerdo al tipo de respuesta que se genere en su paciente.

Desde el punto de vista del paciente es importante establecer el origen de la

---

<sup>94</sup>Ibid.

solicitud de medicamentos, que puede corresponder a una necesidad de acercamiento al terapeuta para confiarle su intimidad, de dependencia o de gratificación; también existen quienes toman los medicamentos o las prescripciones médicas como un rechazo del terapeuta a asumir sus problemas.

En este sentido uno de los sujetos participantes en los grupos de discusión refiere que existe falta de apoyo de sus médicos en los aspectos relacionados con la alimentación, considera que cuando es enviado a nutrición se siente rechazado por su terapeuta, ya que "la nutricionista es todo como el libro: esto se come, esto no se come, estos gramos tal cosa, vuelva en un mes. Pero no son dietas personales". No se adaptan a sus necesidades, en este sentido sienten que les falta un mayor apoyo de sus médicos, ya que deberían ser ellos quienes dirijan sus cuidados nutricionales.

Las prescripciones médicas pueden ser vistas también como una fuente de ayuda para hacerse cargo de problemas que el paciente no está dispuesto a asumir. Otro aspecto a analizar es que cuando se establece un tratamiento se debe determinar si el sujeto tomará el medicamento o no, ya que "algunas experiencias mostraron que alrededor de un cuarto de los casos, simplemente no se toman los medicamentos prescritos. A menudo no se compran. Otras veces se compran y se dejan a un lado. En otro cuarto de los casos se toman irregularmente"<sup>95</sup>.

Al respecto Carmen de la Cuesta Benjumea citando a Calnan (1987), quien concluye que "la salud no es la prioridad número uno para las personas, que el goce y la gratificación pueden ser metas igualmente importantes y algunas personas pueden entregarse a comportamientos riesgosos, aun estando plenamente conscientes de sus consecuencias y las creencias y comportamientos en salud".<sup>96</sup> Por lo tanto en el momento de instaurar un tratamiento es prioritario determinar al sujeto como un ser integral, en el cual sus creencias, costumbres, sentimientos, necesidades, la concepción de su terapeuta y el entorno cultural en el que se desenvuelve influirán en el hecho de seguir o no las indicaciones médicas.

También desde el punto de vista del paciente se encuentra que existe una barrera cultural respecto de los medicamentos influenciada por aspectos como el miedo a los efectos secundarios, la sensación de envenenamiento por ser sustancias extrañas al organismo o la percepción de que si se ingieren estos se creará una adicción. Vale la pena considerar que para algunos pacientes la enfermedad satisface un deseo inconsciente de castigo, por tanto el tratamiento no es

---

<sup>95</sup>DE LA CUESTA, Carmen, Op.cit., p. 200.

<sup>96</sup>PILL, Op. cit., p. 114.

necesario, o en otros enfermos, la demanda de medicamentos corresponde a una demanda de atención y afecto, una vez prescrito el medicamento ya no es necesario tomarlo<sup>97</sup>.

En conexión con la relación médico - paciente - adherencia medicamentosa Denton, Smith, Faust y Holmboe<sup>98</sup> encontraron que la relación paciente médico influye en la adherencia a los tratamientos de HTAS, cuando el profesional tratante se considera un experto en la materia, en relación a cuando el terapeuta era un facultativo en entrenamiento.

Por otra parte Heurtin-Roberts y Reising<sup>99</sup>, encontraron que la relación médico - médico influye en la adherencia a los tratamientos de HTAS, en el sentido de que sugieren que los médicos podrían disminuir la mortalidad asociada con hipertensión a través de esfuerzos en educación en salud y tomando en consideración las creencias de sus pacientes.

Un punto final para resaltar es establecer que la terapéutica incluye además de los medicamentos, recomendaciones sobre estilos de vida, cuidados, restricciones en cuanto a tabaco o alcohol, prescripciones dadas por el médico sin tener en cuenta los deseos o necesidades de su paciente; al respecto los sujetos participantes en el estudio relacionan al médico con quien impone limitaciones, sobre todo en el ámbito alimenticio, ya que sienten que con sus indicaciones van a aguantar hambre, no los deja fumar, tomar alcohol, ni comer con sal. Uno de los participantes dice que no es capaz de comerse los alimentos como se los recomiendan, necesita comer con sal. Estas indicaciones son vistas como un impedimento de sus terapeutas para acercarse a los enfermos, a pesar de que son ellos quienes deben proteger al ser humano.

Este proceso genera conflicto en la relación ya que la prescripción se genera de acuerdo a las creencias y conocimientos de los médicos, sean estos de tipo religioso, filosófico, o social. De manera inconsciente el médico restringe en su paciente la satisfacción de su oralidad (alimentos, tabaco, alcohol), sexualidad (en cuanto a tener o no sexo), o anales (en el manejo de la prohibición o el permiso de la agresividad que se manifiesta por la prescripción del reposo, vacaciones o

---

<sup>97</sup> SCHNEIDER, Op. cit., p. 200.

<sup>98</sup>DENTON GD, SMITH J., FAUST J. y HOLMBOE E. Comparing the efficacy of staff versus housestaff instruction in an intervention to improve hypertension management. En: Acad Med, 76(12): 1257-60 2001. Medline, Medical Research & document delivery.

<sup>99</sup>HEURTIN ROBERTS, Suzzane and REISIN, Efrain. Op. cit.

trabajo)<sup>100</sup>.

Antes de cerrar este capítulo es menester establecer como la adherencia a los tratamientos médicos de hipertensión desde la perspectiva médico paciente es una relación de poder en la que se pretende realizar un cambio conceptual del paciente que de como resultado un incremento de la adherencia médica. Por lo tanto la capacitación del profesional de la salud en aspectos educativos y culturales se hace necesaria para que su formación integral genere bienestar en quienes le rodean.

---

<sup>100</sup> SCHNEIDER, Op. cit.

## **5. IMPLICACIONES DE LA ADHERENCIA MÉDICA EN LA VIDA DEL PACIENTE**

Esta categoría se aborda a través de la concepción de la adherencia al tratamiento médico de pacientes hipertensos, teniendo en cuenta que la HTAS es la enfermedad crónica degenerativa con mayor prevalencia en la población adulta, ya que aproximadamente un 20%<sup>101</sup> de ésta la padece, y tan sólo el 25% de los hipertensos tienen un adecuado control de sus cifras tensionales, debido a factores como la falta de adherencia a los tratamientos medicamentosos y no medicamentosos de HTAS<sup>102</sup>.

La HTAS es una enfermedad multicausal y controlable con un adecuado tratamiento médico, cuyas complicaciones generan un gran impacto socioeconómico debido al alto costo de los tratamientos, las secuelas generadas por la enfermedad y los años de vida saludables perdidos por la población en general, además es el factor predisponente más importante para enfermedad cardiocerebrovascular.

El tratamiento médico es la parte final y operativa del acto médico, que se inicia desde el momento en que se encuentran terapeuta y paciente. Esta constituido por factores objetivos que son dados por los signos y síntomas de quien padece la patología en relación con los conocimientos científicos del terapeuta, para conformar un cuadro morboso específico, pero también es influenciada por parámetros subjetivos que incluyen sentimientos, actitudes y acciones de los sujetos interactuantes; se concreta al final de la consulta médica a través de un diagnóstico y de una terapéutica cuyo objetivo es eliminar la enfermedad que afecta al paciente, en el caso HTAS cuya naturaleza es incurable, se instaura el tratamiento con el fin de evitar afecciones a órganos vitales características de la historia natural de la afección.

El tratamiento de la HTAS implica adecuar pautas farmacológicas y no farmacológicas, las primeras constan de medicamentos orientados a controlar cifras tensionales y proteger los órganos vitales y las segundas se basan en modificar factores de riesgo incentivando dietas bajas en sal, grasas e hidratos de carbono, promoviendo actividad física, evitando el consumo de tabaco y alcohol, reduciendo peso, controlando el estrés y otras patologías concomitantes como la Diabetes Mellitus.

---

<sup>101</sup>ACUERDO 117, Op. cit.

<sup>102</sup>MILLAN, Manuel; BOTERO, Angela y CHACON, Arnoby, Op. cit.

El tratamiento se establece así como el acto culminante del proceso terapéutico, que debe su origen en las sociedades primitivas a la magia y el instinto sean o no coherentes, racionales o explicables desde el punto de vista científico, pero que al satisfacer una necesidad metafísica inherente al sujeto, se convierten en creencias que se transmiten como tradiciones sociales y forman hábitos independientemente de su eficacia orgánica. Respecto a este planteamiento se encuentra el testimonio de uno de los sujetos participantes en la investigación quien tuvo una complicación cerebrovascular:

“Lo que uno le pide a mi Dios es valor para seguir viviendo. Me decidí por el tratamiento, pues yo soy una persona de mucha fe, impresionante. Y mi Dios me dijo sigue el tratamiento y seguí y gracias a Dios estoy aquí”.

Así se observa como desde este testimonio la creencia en un ser poderoso y omnipotente facilita que este sujeto se adhiera al tratamiento médico y busque su sanación. Desde este punto de vista se hace necesario contextualizar al sujeto dentro de un sistema de creencias (si el objetivo es entender los tratamientos de las enfermedades), teniendo en cuenta aspectos sociales, orgánicos, subjetivos y ecológicos que conforman su estilo de vida, en el cual cada proceso retroalimenta al sistema, produciendo cambios en la percepción sobre el origen de la enfermedad, la necesidad de quien la padece y el tratamiento del cual será objeto.

Siendo la HTAS el síndrome degenerativo con mayor prevalencia a nivel mundial y la primera causa de complicaciones cardiocerebrovasculares, se hace necesario controlarla, ya que significa mejorar la expectativa y calidad de vida para tener derecho a gozar de más años de vida saludable en la población colombiana. Al respecto se ha encontrado que solo el 25% de los hipertensos tienen un adecuado control de sus cifras tensionales<sup>103</sup>; con relación a este aspecto, se muestran estadísticas de pacientes hipertensos controlados en diferentes países del mundo, así en Canadá la proporción es del orden de 16%, en Italia del 10 a 23%, en España del 12 a 27%, en México del 22%, en estados Unidos de Norteamérica se ha calculado en el 27% y en Inglaterra del 6%<sup>104</sup>. Estas cifras muestran un inadecuado control de la HTAS y en ellas influyen factores como la falta de adherencia a los tratamientos medicamentosos y no medicamentosos de HTAS, además se correlacionan de manera importante con las complicaciones, según publicaciones médicas acerca de la enfermedad<sup>105</sup>.

---

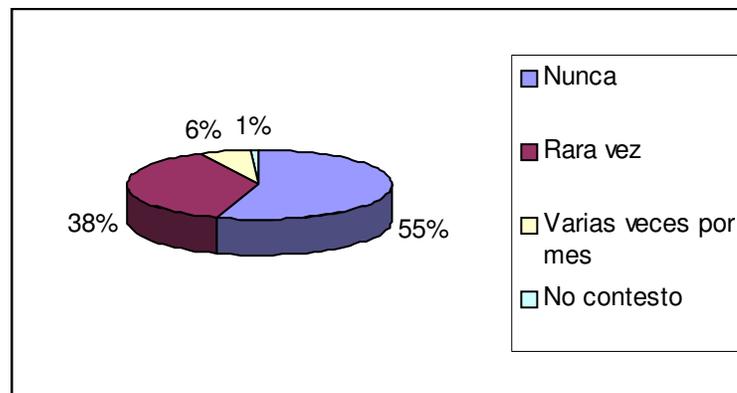
<sup>103</sup>Ibid.

<sup>104</sup> PASTLIN, Gustavo y BENDERSKY, Mario. Op. cit.

<sup>105</sup>Ibid.

La adherencia al tratamiento médico o cumplimiento terapéutico, se define como el grado de cumplimiento que tienen los pacientes respecto a las órdenes médicas, según Haynes (1976) citado por Basterra es: "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario"<sup>106</sup>. Esta temática es el eje central de esta investigación, donde se relacionan aspectos culturales diversos en relación con las creencias biológicas u orgánicas sobre la enfermedad, tradiciones, mitos y simbologías que influyen sobre el hecho de que nuestros pacientes sean o no adherentes al tratamiento medicamentoso. Se calcula que en un período de seis meses aproximadamente el 50%<sup>107</sup>, de las personas que reciben tratamiento para HTAS, lo abandonan o lo sustituyen por otro sin consultar con su terapeuta. Este dato coincide con lo encontrado durante la primera fase de la investigación, donde un 55% de la muestra respondió no olvidar nunca los medicamentos para HTAS.

**Figura 4. ¿Olvida tomar su medicamento para la Hipertensión Arterial?**



En investigaciones sobre la adherencia medica han sido estudiados factores relacionados con el tipo de medicación, su dosificación, las reacciones adversas, la escolaridad y el sexo, encontrándose que la adherencia a los tratamientos Según Millán 2000<sup>108</sup>, es del 37.9% en los pacientes que asisten a clubes de HTAS, otros estudios como el de Basterra refieren que oscila entre el 40 y el 60% para las enfermedades en general<sup>109</sup>, lo que implica que entre un 60 y un 40% de las personas que ameritan tratamientos medicamentosos, no toman los fármacos

<sup>106</sup> BASTERRA GABARRO, Miguel. Op. cit., p. 97 - 106.

<sup>107</sup>PASTLIN, Gustavo y BENDERSKY, Mario. Op. cit.

<sup>108</sup>MILLAN, Manuel; BOTERO, Angela y CHACON, Arnoby. Op. cit.

<sup>109</sup>BASTERRA GABARRO, Miguel. Op. cit.,

como debe ser, y por lo tanto están expuestos a complicaciones prevenibles con la adscripción adecuada al régimen terapéutico. También se ha encontrado que el género femenino es más adherente a los tratamientos de HTAS que el masculino, éste hallazgo se origina en las lógicas relacionales que componen el concepto de autocuidado en mujeres y su responsabilidad social.

Basterra<sup>110</sup> dentro de su artículo "El cumplimiento terapéutico" denota la importancia y el costo del incumplimiento terapéutico de la población general, resaltando aspectos como el de que entre un 2 y un 20% de las formulaciones nunca llegan a la farmacia, que en U.S.A. entre un 5-10% de los ingresos hospitalarios y 125.000 muertes anuales se deben a falta de cumplimiento terapéutico y finalmente que en 1984 la cámara de comercio americana estimó que el costo del incumplimiento de los tratamientos suponía de 13 – 15 billones de dólares. Esto demuestra la importancia y el costo real no sólo económico, sino en calidad de vida perdida que se puede evitar con una adecuada adhesión a los tratamientos médicos.

Desde el conocimiento científico médico actual se observa un gran avance en el origen biológico y psíquico de la enfermedad, en los medicamentos y en los estilos de vida requeridos para tratarlas, pero es necesario relacionar los hallazgos científicos con la cultura del sujeto ya que los cambios requeridos para el tratamiento óptimo de las enfermedades en algunos casos chocan con sus hábitos de vida, creencias y los enfrentan con sus familias, ya que riñen con sus costumbres familiares; así se encuentra como se hace referencia al aislamiento voluntario al que se someten algunos los participantes de la investigación para evitar "tentaciones" a los que son sometidos cuando acuden a reuniones o comidas familiares. Ya que es frecuente que en dichos espacios se les ofrezca licor en repetidas ocasiones y aun cuando no deseen ingerir, sus acompañantes insisten una y otra vez aduciendo que se tomen solo un trago y luego de iniciar la ingesta la continúan, olvidando lo cuidados propios de la enfermedad.

En contraposición están los testimonios de los sujetos participantes en los grupos de discusión, quienes afirman:

- Sujeto 1: "No, yo nunca me olvido tomármelos por la mañana o la comida".
- Sujeto 2: "Se convierten como en un hábito así como es comer".

También se hace referencia a factores que favorecen los hábitos de adherencia con los medicamentos como el hecho de colocarlos en la cocina para las amas de casa o el baño y al mismo tiempo dejar letreros en la nevera y otros sitios visibles

---

<sup>110</sup>Ibid.

que obliguen a quien toma los medicamentos a leerlos permanentemente.

Con respecto a este último planteamiento es importante establecer que para formar hábitos de autocuidado es necesario inducir cambios en la cultura y las costumbres del sujeto que como todo proceso social necesita un tiempo de cimentación mientras se dan la comprensión, adaptación y aceptación, a diferencia de lo que sucede en la medicina científica y especialmente de los aspectos relacionados con los tratamientos médicos de las enfermedades en que las modificaciones son rápidas y radicales (así un medicamento que es de primera elección para el uso de la HTAS hoy, mañana a la luz del conocimiento científico puede estar contraindicado), la cultura necesita periodos de tiempo grandes con reforzamiento de la información para que se produzcan cambios que modifiquen las concepciones del sujeto. Como resultado de este proceso se da la aparición de una brecha infranqueable entre el conocimiento científico y el instintivo, en la que los sujetos hipertensos tienen una inadecuada adherencia a los tratamientos de que son objeto y la enfermedad continua su curso normal hacia las complicaciones.

La industria farmacéutica ha realizado grandes avances y descubrimientos, que han dado resultado con productos innovadores con máxima eficacia, selectividad y seguridad terapéuticas y mínimos efectos adversos, sin que esto repercuta en los niveles de control de cifras tensionales, ni en el cumplimiento terapéutico de manera significativa.

En Colombia donde el presupuesto para salud es limitado y donde se ha implementado la ley 100 de seguridad social con el objetivo de lograr una cobertura universal en salud para el 100% de la población bajo los criterios de equidad y subsidio a la demanda, en que la población con mayores ingresos financia a quienes tienen menores posibilidades económicas, se tiene un inventario limitado de medicamentos, que en muchos momentos no van de la mano con los progresos de las investigaciones farmacéutica en relación a máxima duración de sus efectos con relación a la dosificación diaria y menores efectos adversos. Esto implica que los medicamentos de países desarrollados sean muy costosos para el medio y por lo tanto inaccesibles para la población afiliada al sistema de seguridad social.

Como consecuencia de este contexto se da la falta de adhesión que se manifiesta en la subutilización o el abuso de los fármacos, con efectos como la falta de control de las patologías, la expansión de la enfermedad a otros órganos, desconfianza en el terapeuta que conduce a que el profesional tratante y el paciente consideren que existe un diagnóstico erróneo, o que el medicamento utilizado no tiene el grado de eficacia esperado, también suele ocurrir que los medicamentos sean guardados de manera inadecuada en los hogares y

consumidos cuando han expirado o que se ingiera una dosis mayor de la indicada cuando la persona se siente enferma con la consecuente intoxicación, o que aparezca la tolerancia en quienes los utilizan. Los resultados del manejo inadecuado de medicamentos tienen repercusiones laborales (ausentismo), aumento de costos de hospitalización y rehabilitación de las personas afectadas, o en el peor de los casos la muerte<sup>111</sup>.

Cuando se habla de falta de cumplimiento terapéutico con los tratamientos medicamentosos, es importante resaltar que existen varias clasificaciones, pero en esta investigación se mezclan diversos enunciados para hacerlos más prácticos. Así se aborda el incumplimiento terapéutico de manera teórica como primario cuando el paciente no adquiere su medicación y no la toma; el involuntario o no intencional cuando el paciente olvida la frecuencia o manera de ingerir los medicamentos por mala interpretación, falta de memoria o porque no entendió las instrucciones dadas por su terapeuta; y por último el incumplimiento razonado cuando no toma los medicamentos o baja las dosis prescritas por miedo a que sean excesivas o a que lo intoxiquen. Esta falta de adherencia tiene diversas causas, que se han encontrado asociadas a las características del paciente, la relación médico - paciente, el régimen terapéutico, el tipo de enfermedad a tratar, entorno familiar, estructura del servicio de salud y características del profesional de salud.

Al establecer los factores que facilitan y entorpecen la adherencia, es necesario referirse al autocuidado, las relaciones de éste con los medicamentos con referencia a las limitaciones impuestas por la enfermedad; Se habla de autocuidado porque finalmente es el paciente hipertenso quien determina asumir o no las responsabilidades que implica su enfermedad, ya que es él quien acepta o no su enfermedad y decide si continua o suspende el tratamiento.

Para continuar este tópico se hace necesario definir en primer termino que es el autocuidado y en segunda instancia cuáles son sus determinantes, por lo tanto se continúa la discusión con la concepción de este desde la promoción de la salud "el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas, aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece"<sup>112</sup>. El autocuidado es un

---

<sup>111</sup>ARCINIEGAS, Op. cit.

<sup>112</sup> TOBON CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Manizales. Vol. 8 (nov., 2003). p. 37-49.

elemento básico en la protección de la salud, comprende prácticas alimenticias, higiene, actividad física, utilización de tiempo libre, establecer relaciones interpersonales e implementación de comportamientos que eviten el riesgo de enfermar entre otros. Según Tobón Correa Ofelia<sup>113</sup> el autocuidado se basa en principios de: responsabilidad (que se determina como el acto que le permite al sujeto ser consciente de sus actos), desarrollo del autoconcepto (conocimiento de sí mismo y de las actitudes y acciones que se manifiestan en la vida), autoestima, autoaceptación, autocontrol y resiliencia que es la "capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado"<sup>114</sup>. Al respecto se encuentran aportes realizados por los sujetos participantes de la investigación en los que la decisión de tomarse los medicamentos para querer permanecer sanos, es un propósito claro. En este testimonio se observa como el ser consciente de que el ingerir la medicación lo conduce a estar sano, pero para tomar esta decisión ha sido necesario haber desarrollado los principios antes mencionados, de responsabilidad, aceptación y concientización de su enfermedad.

Es importante destacar como la HTAS es una enfermedad en la que el autocuidado es prioritario, ya que es el mismo paciente desde su concepción de la vida quien desde una determinada decisión asume cuidarse a partir de lo que se llama el "consentimiento informado", que es la aceptación de seguir un tratamiento luego de ser informado sobre la patología que padece. En este momento el papel del médico se reduce a informar sobre la patología, su evolución y control, pero es el paciente desde su concepción de la enfermedad quien decide el camino a seguir. También se hace necesario determinar en este punto que para que se dé el autocuidado es necesario tener conocimientos sobre la enfermedad, hábitos de vida saludable y actitudes de amor hacia la vida.

Desde el punto de vista de las políticas a nivel central se introduce la promoción de la salud que es una propuesta de concebir la enfermedad según el concepto de campo de la salud una propuesta Canadiense: como un proceso multicausal determinado por factores biológicos, humanos, físicos, antropológicos, sociales, psicológicos, mitológicos, medioambientales y del servicio de salud como esenciales en el mantenimiento del estado de salud del individuo. Ésta perspectiva "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o

---

<sup>113</sup>Ibid.

<sup>114</sup>GROTEMBER, Edith. Citada por TOBON CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Manizales. Vol. 8 (nov., 2003). p. 41.

adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana<sup>115</sup>.

Esta concepción de promoción de la salud, no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedad, también incluye factores como la equidad, la solidaridad y la cohesión social; propone como herramientas para lograr la salud actividades del sujeto orientadas a fomentar los “estilos de vida saludable” que “son el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, en los diferentes grupos socioculturales; a la vez que se transmiten históricamente, son susceptibles de ser cambiados por intervenciones positivas o negativas, por medio de la educación y la comunicación social”<sup>116</sup>.

Estos estilos fomentan el “bienestar” de los sujetos y sus comunidades de acuerdo al medio ambiente que los rodea, su adopción está condicionada a los conocimientos que se tienen por parte de los sujetos sobre cuidados de la salud junto con la voluntad de ponerlos en práctica en su cotidianeidad y al contexto social en relación con las oportunidades que se le brindan de ser protagonista de su vida en un medio con tradiciones socioculturales específicas; estos estilos de vida son divulgados a la comunidad en general a través de promoción de la salud que utiliza la educación para la salud como estrategia para incentivarlos; a la vez esta última propone informar y motivar a los sujetos para que adopten estilos de vida saludables. Así se observa como la promoción de la salud surge como una herramienta que busca el bienestar de la población a través de la educación.

Sin embargo se observa que en esta estrategia surge una dificultad seria y es el hecho de que la educación en este momento se dirige mas hacia la información, ya que no se ha implementado un proceso que involucre concepciones culturales sobre salud y enfermedad en la población en general y capacitación a los terapeutas sobre el manejo de estas concepciones; es así como a pesar de los esfuerzos realizados por las entidades encargadas de salud a nivel central, territorial y local para obtener un control optimo de la enfermedad, este no se evidencia ya que las complicaciones derivadas de la enfermedad siguen ocupando los primeros lugares en las estadísticas de morbimortalidad en la población en general.

---

<sup>115</sup> CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. 17-21 de Noviembre de 1986. Ottawa, (Ontario) Canadá. En: Promoción de la salud: una ontología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. N° 557. 1996. Washington, D.C.: OPS 1996. p. 367.

<sup>116</sup>ESPINOSA DE R. La epidemiología y las políticas públicas saludables. Revista Facultad de Salud Pública. Vol 12, N° 2. Medellín, 1995; p. 37.

En este momento es importante resaltar que al abordar la concepción de la vida y más concretamente de los estilos de vida de los sujetos que padecen HTAS, se encuentran divergencias en los conceptos en relación a lo mandatorio desde el punto de vista biomédico y lo deseable desde el sujeto; ocurre lo mismo con los conceptos de lo correcto y lo incorrecto en relación con el conocimiento científico y lo deseable desde el punto de vista de la autonomía del ser humano, sus creencias y sus sentimientos. Mientras la promoción de la salud no aborde la adherencia médica desde la subjetividad del individuo, no logrará cumplir con la meta de proporcionar salud a la población en general.

A partir de este punto se inicia otro aspecto de la discusión sobre la adherencia médica teniendo en cuenta que el iniciar un tratamiento médico en un sujeto enfermo implica un factor sociológico importante como es el de admitir que está enfermo (aceptación de la enfermedad), e implica a nivel social asumir el rol de enfermo que incluye una serie de imposiciones, que el sujeto debe aceptar, ya que la sociedad en la que vive está dispuesta a reconocer su rol, siempre y cuando éste siga una serie de comportamientos coherentes con su estado de salud, se le exige de trabajar, de asumir sus responsabilidades diarias, siempre y cuando acepte los condicionamientos de quienes le rodean, que se convertirán en lo que se conoce como "agentes de control"<sup>117</sup>.

Estos agentes están constituidos por los seres que conforman su entorno familiar, en otros casos son amigos que le brindarán ayuda al enfermo imponiendo ciertas normas que se deben cumplir, por lo tanto un sujeto enfermo no es ajeno a la sociedad en que vive, ésta le impone pautas cuyo incumplimiento conduce a la culpabilidad de su enfermedad, la marginación y la crítica.

Al respecto en los grupos de discusión se comenta que ésta comunidad terapéutica es especialmente estricta con quienes además de tener HTAS tiene asociada una Diabetes Mellitus, y se hace explícita con respecto a la alimentación, se les da una dieta especial y en el momento en que no se siguen las pautas alimenticias son criticados; su respuesta aparente es ignorar los comentarios, pero se sienten culpables por transgredir la norma ya que reconocen que su comportamiento no es adecuado.

Dentro de los factores encontrados que afectan la adherencia también existen otros factores propios de las características del paciente, como los cognitivos, orgánicos, propios de la relación médico paciente, sociales, características del régimen terapéutico, subjetivos en relación con la percepción que tenga el

---

<sup>117</sup> STRAUSS, Anselm I. Salud y enfermedad. Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. En: De la Cuesta Benjumea, Carmen. Op. cit., p. 296.

paciente de su enfermedad, relacionados con hábitos y creencias culturales de la enfermedad y propios de la estructura de los servicios de salud. Es importante anotar que a pesar de que estos factores tienen un origen diverso, todos se relacionan con aspectos culturales en el momento de convertirse en complementos del esquema terapéutico y de la evolución de la enfermedad del sujeto a quien van dirigidos<sup>118</sup>.

Con referencia a las características del paciente se encuentran factores psíquicos en relación con la personalidad del paciente, con inestabilidades emocionales, hipocondrías, delirios de grandeza o agresivos, adhiriéndose de manera inadecuada a los tratamientos médicos de HTAS<sup>119</sup>. También sucede cuando existe negación de la enfermedad o se está en desacuerdo con el tratamiento instaurado. Es así como algunos pacientes hipertensos luego de que se les realiza su diagnóstico, se niegan a aceptar que lo son, y no siguen las indicaciones terapéuticas propias de la enfermedad, por sentir que los medicamentos intoxican su organismo o crean dependencias psíquicas u orgánicas de las que no podrán salir, o por considerar que las dietas a las que son sometidos los van a "matar de hambre".

También se observa en la práctica médica, cómo quienes han sido inadecuadamente adherentes con el tratamiento médico, tienden a repetirlo en el tiempo o a abandonar los controles hasta que presentan complicaciones cardiovasculares, y después de que se recuperan vuelven a suspenderlos, aun conociendo las consecuencias de su conducta emitiendo como razón básica el que se siente bien.

Con relación a estos reportes se encuentra en la primera fase de la investigación como razones para suspender los tratamientos de HTAS el olvido, y el considerar que los medicamentos no eran necesarios, en el mismo periodo investigativo cuando se preguntó a los sujetos participantes porque creen que algunos pacientes pese a sufrir HTAS no siguen el tratamiento un 15.6% respondió por falta de autoestima, por rebeldía 7.3% y por pereza un 10.4%.

---

<sup>118</sup>BASTERRA GABARRO, Miguel. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Pharmaceutical Care, 1999. p. 97 - 106.

<sup>119</sup>Ibid.

**Tabla 3. ¿Porqué creen que algunos pacientes pese a sufrir hipertensión arterial no siguen el tratamiento?**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
Rebeldía	7.3%
Pereza	10.4%
No creen en la gravedad de la HTA	6.3%
Alcohol	5.2%
Para venderla	1.0%
Por olvido	4.2%
Cansancio	2.1%
Miedo a la adicción	6.3%
Falta de síntomas	9.4%
No piensan en sus hijos	3.1%
Falta de respuesta	3.1%
Falta de autoestima	15.6%
No creen en los médicos	5.3%
Reemplazan por otra opción	6.3%
Por falta de tiempo	2.1%
Por temor al captopril <sup>♥</sup>	2.1%
No respondieron	11.5%

Se observa como falta un factor motivante de adherencia en esta muestra que está en relación con su promedio de edad que es 60.3 años, ciclo vital del adulto mayor, que en este contexto se relaciona con las edades extremas de la vida, en las cuales los pacientes deben depender de otros para seguir su esquema terapéutico. En esta etapa el adulto pasa de ser considerado adulto maduro a mayor, e inicia un proceso de pérdida de autonomía caracterizado por un periodo de soledad relativa en el que sus seres queridos para ese momento ya han construido su vida de manera independiente y abandonado a sus progenitores; estos por su parte se ven obligados de acuerdo a las circunstancias de su vida a reiniciar su vida de pareja en soledad o a asimilar su viudez creando una dependencia relativa de los hijos quienes influyen en sus decisiones y en algunos casos son su soporte económico, ya que para este momento su productividad económica ha bajado. Finalmente viene la dependencia social que en ocasiones finaliza en un estado de dependencia biológica<sup>120</sup>, ya que en esta etapa o ciclo se presenta la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, la artrosis, la HTAS y las enfermedades cerebrovasculares.

---

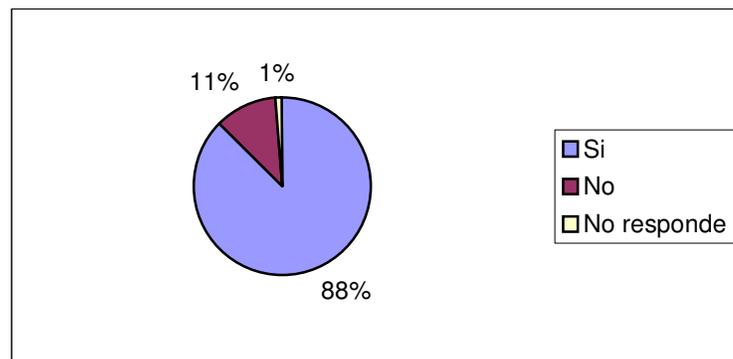
<sup>♥</sup> Medicamento utilizado para el tratamiento de la HTAS.

<sup>120</sup>DONATI, Op. cit.

Teniendo en cuenta que la HTAS es una enfermedad que se presenta en la mayoría de los casos en adultos mayores, que el 57% de los encuestados refirieron patologías asociadas, que el medio familiar influye de manera negativa en la adherencia medica cuando desconoce la enfermedad y sus complicaciones o su entorno es problemático o conflictivo y que esta situación facilita la aparición de complicaciones. Se hace necesario incluir al entorno familiar como núcleo prioritario para incrementar la adherencia a los tratamientos médicos de HTAS, ya que estos estarán relacionados con la motivación afectiva necesaria para que el tratamiento medico se lleve a cabo con éxito.

Este aspecto se encuentra en la primera parte de la investigación donde el 88% de la muestra sigue las indicaciones, médicas; Al indagar el por qué se siguen las recomendaciones médicas a lo que el 8.23% respondió por los hijos, y cuando se indagó por qué creen que algunos pacientes pese a sufrir HTAS no siguen el tratamiento un 3.1% respondieron que porque no piensan en sus hijos.

**Figura 5. ¿Sigues las recomendaciones que le hace su médico acerca de la presión arterial?**



Al respecto uno de los sujetos participantes que pese a pensar que no tiene motivos para vivir, ni le importa nada, acude a los controles de HTAS porque sus hijos le dicen que debe asistir:

- Investigador: Pero entonces ¿Usted se toma los medicamentos para la presión?
- Sujeto 2: "Sí".
- Investigador: "Porque los hijos la obligan prácticamente".
- Sujeto 2: "Sí. A mí me da pena que digan que no me tomé los remedios".

También se encuentra como en los grupos de discusión se hace referencia a que los medicamentos para la HTAS se deben ingerir porque sus familias los necesitan; para evitarles problemas derivados de complicaciones propias de la enfermedad; relacionados con incapacidades permanentes y por temor a las reacciones de otros

(en este caso de los hijos). La familia se constituye así en un eje motivador en la adherencia a los tratamientos médicos de HTAS. Al respecto también se aborda el tema del apoyo que han recibido de estos cuando han estado hospitalizados como consecuencia de su enfermedad y como han recibido su acompañamiento hasta estar totalmente restablecidos.

Al analizar otros factores del sujeto asociados a la adherencia médica se deben tener en cuenta los aspectos cognitivos, en relación con los conocimientos propios de la enfermedad en aspectos etnomédicos y biomédicos. Los aspectos biomédicos están en relación con la medicina ortodoxa y los etnomédicos con las creencias propias de cada cultura en relación a la enfermedad. Según reportes de la literatura médica cuando los pacientes tienen un mayor conocimiento de su enfermedad, se adhieren más fácilmente a los tratamientos de HTAS, este concepto es confirmado por Arciniegas<sup>121</sup> en su estudio sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos de la ciudad de Manizales durante 1996, complementa los estudios sobre adherencia afirmando que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor adherencia; al respecto en los grupos discusión se encuentra quienes manifiestan que suspender los medicamentos: "Es grave porque produce infarto y aneurisma".

Este concepto está relacionado con conocimientos previos sobre la enfermedad, ya que un mal control de la HTAS puede generar complicaciones cardiocerebrovasculares. También implica que el sujeto ha reconocido su rol de enfermo, está dispuesto a asumirlo y es consciente de su enfermedad y de las consecuencias que trae no cuidarse.

Al hacer referencia a los conocimientos y concepciones culturales acerca de la enfermedad, Castaño, Gutiérrez y Ramírez Olarte<sup>122</sup>, en su estudio sobre "Promoción de hábitos saludables en pacientes hipertensos del centro de salud del barrio minitas frente a los factores de riesgo modificables", encontraron que los hipertensos no tenían una educación básica que les permitiera asumir con responsabilidad prácticas de autocuidado. Como complemento de este planteamiento se expone en los grupos de discusión la falta de educación sobre la enfermedad y sus secuelas como uno de los motivos principales para suspender los medicamentos de la HTAS. En este aspecto es importante establecer como en

---

<sup>121</sup>ARCINIEGAS, Op. cit.

<sup>122</sup>CASTAÑO L., Gloria Elena; GUTIERREZ VALLEJO, Romelia y RAMIREZ OLARTE, Nancy. Promoción de hábitos saludables en pacientes hipertensos del centro de salud del barrio Minitas frente a los factores de riesgo modificables. Manizales, 1995, 121 p. Trabajo de grado (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.

Colombia se establecen programas de fomento y prevención con el objetivo de prevenir y controlar la HTAS, pero no existen propuestas educativas estructuradas desde la realidad de nuestra población para intervenir la enfermedad.

Cuando se relacionan conocimientos biomédicos con creencias etnomédicos o conceptos relacionados con concepciones culturales acerca de la enfermedad, se encuentran estudios que reportan interferencia de estos con la adherencia medicamentosa como son los de Heurtin-Roberts y Reising<sup>123</sup>, quienes en un estudio sobre adherencia medicamentosa a los tratamientos de HTAS, en mujeres afroamericanas de Nueva Orleans, encontraron que las mujeres que reconocían los conceptos etnomédicos eran más susceptibles a no adherirse a los tratamientos, que las mujeres que solo reconocían el concepto biomédico de hipertensión. Castaño, Gutiérrez y Ramírez Olarte<sup>124</sup> en su estudio "Promoción de hábitos saludables en pacientes hipertensos del centro de salud del barrio minitas frente a los factores de riesgo modificables", encontraron que las creencias y prácticas detectadas en los adultos, aunque no hacen daño a la salud, contribuyen a la suspensión de los tratamientos prescritos. Al respecto se refiere en la primera parte de la investigación que el 2.4% de los encuestados exponían como razones para suspender los tratamientos de HTAS el considerar que no necesitaban los medicamentos, también se encuentra que las razones para no seguir los tratamientos son en un 6.3% no creer en la gravedad de la HTAS, el miedo a la adicción 6.3%, no creer en los médicos 5.3% y 6.3% los reemplazan por otra opción sin aclarar cual.

En contraste con los hallazgos anteriores, Dressler William<sup>125</sup> en su investigación sobre creencias etnomédicas y adherencia al régimen terapéutico en Santa Lucía, anota que las creencias etnomédicas, no se relacionan con la adherencia al tratamiento médico.

Es importante establecer que el ser adherente con los tratamientos médicos no sólo incluye los medicamentos, también implica incluir en su rutina de vida estilos de vida saludable, respecto a manejo de estrés, tiempo libre, actividad física, control de consumo de tabaco y alcohol y seguir una pauta de alimentación

---

<sup>123</sup>HEURTIN ROBERTS and REISIN, Op. cit.

<sup>124</sup>CASTAÑO L.; GUTIERREZ VALLEJO y RAMIREZ OLARTE, Op. cit.

<sup>125</sup>DRESSLER, William W. Ethnomedical beliefs and patient adherence to a treatment regimen: A St. Lucian example. En: BRAUN, Peter J. Understanding and applying anthropology. Ed Mayfield publishing company. P. 243 – 248.

establecida para control de peso y lípidos sanguíneos; por lo tanto se pretende analizar en este tópico los estilos de vida o formas de vivir en relación con los factores ya anotados.

Al abordar este aspecto en la primera parte de la investigación se encuentra que el 91% de la muestra refiere no fumar, el 77% no ingiere licor y el 69% realiza ejercicio.

En cuanto al consumo de tabaco, el 81% de los entrevistados consideran que influye sobre la presión arterial y el 90% que la descontrola. Según la asociación americana para el corazón<sup>126</sup>, el cigarrillo incrementa el riesgo de afecciones cardiovasculares en la hipertensión arterial.

Con referencia al consumo de tabaco en los grupos de discusión se exponen opiniones diversas:

- Sujeto 1: "Es que nos hace daño. Sabemos que no hace daño y no lo dejamos".
- Sujeto 2: "Si, es que el año pasado estuve muy mal, todo el año. Cada ocho días para donde el médico. De los pulmones de los bronquios de todo. Es el vicio más malo, es el vicio más tonto".
- Sujeto 1: "Es que yo siempre he dicho que es el vicio más tonto que puede haber, quema la plata, se daña la salud, molesta a la demás gente, tratan de echarlo a uno aun lado, más estúpido que el se lo fuma que es uno".

También se comparten aspectos relacionados con la conciencia del daño que produce el consumo de tabaco en el organismo, sin embargo su consumo se relaciona mas con daño a los pulmones que al corazón y con la presión arterial. Se considera que el tabaco se constituye en un hábito, una esclavitud y que circunstancias como el consumo de licor incrementan su consumo. La generalidad de los participantes desean dejarlo ya que se sienten culpables, en relación con el daño que se producen y luchan contra él. Al respecto se aborda uno de los diálogos:

- Sujeto 1 "Somos unos esclavos".
- Sujeto 2: "El cigarrillo lo esclaviza a uno mucho".
- Sujeto 1: "Pero eso también es sociológico, yo voy a una parte donde sé que no puedo fumar y no me acuerdo ni siquiera que existen los cigarrillos, ni me desespero ni nada, hay gente que se desespera y se sale a fumar, yo no me acuerdo que existen, pero piso esa puerta, apenas pongo el pie allá, hay mismo se me vienen todos los cigarrillos a la cabeza. Pero mientras yo este donde no se puede fumar no me da angustia".

---

<sup>126</sup>GONZALEZ MARIN; FERNANDEZ MARTÍN y PACIOS, Op. cit.

Al indagar por el consumo de licor, el 77% de los encuestados manifestó no ingerir licor y 93.75% opinó que el licor descontrolaba la presión arterial. Según el *Hypertension Primer*<sup>127</sup>, más de 50 estudios epidemiológicos demuestran una directa relación entre la ingesta de más de 3 copas diarias de alcohol e hipertensión y la reducción en la ingesta de alcohol se asocia de manera directa con reducción de la presión sanguínea.

Lo encontrado en los grupos de discusión es congruente con los hallazgos científicos en relación con el licor:

- Investigador: "¿Qué piensan que puede suceder con el alcohol?"
- Sujeto 2: "Que sube la presión, la aumenta demasiado".
- Sujeto 3: "Además el alcohol es perjudicial".

También se hace referencia al licor y al tabaco en relación con la HTAS:

- Sujeto 1: "Sí, todos esos factores influyen en la presión, yo creo que los dos influyen mucho, el cigarrillo y el trago aunque no quiere decir que los que no fumen no les dé hipertensión. Uno tomando trago apaga uno y prende el otro, prende el otro, prende el otro".
- Sujeto 2: "Esto le hace mas daño para la presión. La gente se ha concientizado mucho, nos han enseñado... le ha hecho coger más conciencia de que es una enfermedad grave, peligrosa, estamos en más riesgo nosotros".

En estos diálogos se observa que existe una conciencia de que el tabaco y el alcohol se relacionan con la HTAS y que su uso es peligroso para la salud. Sin embargo el licor es considerado como un hábito social, que se vuelve nocivo para la salud cuando se mezcla con el tabaco, sin embargo en los diálogos no se hace referencia a la idea de suspender este hábito de sus vidas.

Al abordar el tópico del ejercicio se encuentra que 69% de la muestra, refiriere realizar ejercicio, el 64.96% opina que el ejercicio controla la presión arterial, el 8.33% que la descontrola y 1.04% no sabe. Según el *Hypertensión Primer* de 1999<sup>128</sup>: la actividad física debe ser recomendada a todos los individuos sedentarios para prevenir la hipertensión y a las personas hipertensas. Ejercicios aeróbicos realizados 3 veces por semana durante 40 minutos han demostrado disminuir la presión arterial.

---

<sup>127</sup>IZZO y BLACK, Op. cit.

<sup>128</sup>Ibid.

Al respecto se hace alusión en los grupos de discusión a las ventajas que trae el ejercicio en la hipertensión arterial:

- "Caminar, estoy convencida que si le ayuda a uno mucho pues el ejercicio en general hay gente que le gusta uno o otro, para mí por ejemplo caminar se siente uno mucho mejor, se siente uno mucho más aliviado de la caminata que otro tipo de ejercicio si. Una señora que ha sido bastante hipertensa y a medida que ha tenido un ejercicio diario por lo menos uno ve personas que han podido suspender la droga y a otros mermársela en buena cantidad. Hacer el ejercicio no es matarse, ni cansarse, ni agitarse es hacer el ejercicio".

El tópico anterior está en relación con los conocimientos biomédicos sobre la enfermedad y su aplicación en la prevención de complicaciones asociadas a la HTAS, en contraste se encuentran como razones para suspender los medicamentos:

**Tabla 4. Razones para suspender los medicamentos**

<b>Categoría</b>	<b>Porcentaje</b>
Olvido	58.5%
Se le terminaron y no tenía dinero para comprarlos	26.8%
Se sintió enfermo con la medicación	9.8%
Ingesta de licor	2.4%
Consideraba que no necesitaba medicamentos	2.4%

Otras razones por las cuales no se tomaron los medicamentos se muestran a continuación: el ir de paseo sin llevar suficientes medicamentos u olvidarlos (cultura - HTAS) 20.8%, los afanes y el salir ligero 20.8%, también se anota que el trabajo impide que se tomen en el momento que debe ser. Estos aspectos están en relación con factores culturales como son el que la salud no es la prioridad de los sujetos y con el hecho de que al ser la HTAS una enfermedad silenciosa, se considera inexistente.

**Tabla 5. Otras razones para suspender los medicamentos**

<b>Categorías</b>	<b>Porcentaje</b>
Se olvidan si se tomó o no se tomó	8.3%
La cita no coincide con la durabilidad del medicamento	29.2%
Se quedó sin seguro	4.2%
Por ir de paseo, no llevar lo suficiente u olvidar llevarlo.	20.8%
Porque hacen eliminar lo cual incomoda y se evitan al momento de hacer una	4.2%
Por los afares, al salir ligero	20.8%
El trabajo impide que se consuma en el momento que debe ser.	8.3%
Porque se desharena al partir a la mitad lo cual hace que se pierda la otra mitad.	4.2%

Otro aspecto por abordar es el considerar que los autocuidados se deben ejercer para evitar la muerte, ya que el alcohol cuando se mezcla con los medicamentos pueden generar complicaciones cardiovasculares e interferir en el control de la HTAS:

- Sujeto 1: "Pero si se pone a tomar tomando medicamentos le dio un infarto y se murió ya".
- Sujeto 2: "Eso le pasa a los tragones y al desmandarse, es mejor que lo piense".
- Sujeto 3 : "O sea que la vida está llena de experiencias y uno no aprende sino a punta de golpes".
- Sujeto 4: "Pero es una cosa tan rara, todos nos tenemos que morir de alguna cosa y ya los que no se cuidan o no nos cuidamos .... nos da una enfermedad peor".

Otros aspectos relacionados con los estilos de vida que contribuyen a la ingesta oportuna de medicamentos están en relación con la alimentación, la ingesta de grasas saturadas referidas a alimentos ricos en colesterol que aumentan los niveles de lípidos sanguíneos y han sido asociadas con incremento de complicaciones cardiocerebrovasculares.

Cuando se aborda este ítem con los grupos de discusión se encuentra que los autocuidados se generan por conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, pero no son fáciles de seguir porque restringen al sujeto de la vida social sobre todo en quienes padecen diabetes e HTAS ya que sus cuidados básicos están orientados hacia restricciones alimentarias, por lo tanto refieren que en ocasiones prefieren no ir donde sus familiares o no comer en otros sitios para que no se les ofrezcan alimentos; al respecto se traen comentarios aislados de los grupos de discusión:

- "Me cambió la vida en que si, tengo que restringirme de muchas cosas, la carne cocinada usted sabe que eso es cáncer, que no se puede comer nada. ¿Por que no prueba? Ay no, yo no puedo, no me vayan a dar tal cosa, entonces prefiero no ir almorzar".
- "Pero es que hay un problema dejar trago y dejar comidita y todo, lo vuelven a uno un pendejo, entonces es muy duro".

Al respecto se observa como sienten que los autocuidados impuestos por la enfermedad restringen su vida, pero se siguen porque a pesar de sentirse bien en este momento se le teme a las complicaciones que se pueden generar en un futuro. Estas pautas son difíciles de llevar porque riñen con sus hábitos alimenticios previos y sus tradiciones culturales, los restringen de tradiciones familiares como las navideñas, por lo tanto se genera una pugna entre sus hábitos nutricionales y los cuidados impuestos por la enfermedad. Situaciones relacionadas con el miedo a las complicaciones que se generan al ver un familiar con a una afección cardiocerebrovascular por cuidados inadecuados facilita que se establezcan sus autocuidados, ya que generan conciencia de que la enfermedad también los puede afectar a ellos.

A propósito se anexan algunos comentarios de los sujetos participantes:

- Sujeto 1: "No por ejemplo yo soy diabético, el aguardientico me fascina, el whisky no me sabe igual, entonces veo la botella de aguardiente y me da nostalgia que no pueda tomar, porque yo sé que si me la tomo me enfermo es un problema para mí, porque la diabetes y la presión son enfermedades silenciosas y cuando menos piensan cuando atacan es por que usted ya esta acabado. Por eso es que hay que temerles mucho".
- Sujeto 2: "Entonces como decía yo ahora, es según el ritmo de vida que lleve cada persona afecta o no afecta".
- Sujeto 1: "Si a mí si me ha dado durito, la verdad que sí. Pero ya soy consiente de lo que tengo de mi enfermedad, y entonces hay que poner cuidado, un viejo chuchumequito no".
- Investigador: "Entonces dice que ¿Le da nostalgia cuando ve la botella de aguardiente?".
- Sujeto 1: "Sí".
- Investigador: ¿Qué es nostalgia?
- Sujeto 1: "Pues nostalgia es tristeza, de no poder tomar de no poder participar. No se siente lo mismo yo sé que una, como te dijera es un acondicionamiento, es una condicional estas contento al tener una botella de aguardiente pero si así fui casi toda la vida, entonces cambiar es un poquito difícil, pero estamos cambiando. Se ve un poquito la fuerza ¿Cierto?. Porque digamos que algún

defectivo debo tener ¿Cierto? Me fascina la comida, entonces uno ya es un pendejo que no puede tomar, que no puede comer, que no tal cosa no, se vuelve la cosa un poquito difícil. Entonces se vuelve así: la famosa mentira, no mañana empiezo, no el lunes empiezo la dieta”.

También quienes presentan Diabetes y HTAS manifiestan que en ocasiones ceden a la tentación de comer dulce, actitud que conlleva a que al día siguiente ingieran abundante líquido para bajar los niveles de azúcar y a sentirse culpables por haberlo hecho; como contraparte se generan opiniones acerca de que al haber establecido pautas nutricionales desde muy joven facilita el seguir rutinas alimenticias, también se dice que es más fácil seguir las indicaciones de la HTAS que de la Diabetes y la HTAS juntas porque conllevan dietas más estrictas.

A continuación se expone un fragmento del diálogo en el que un sujeto participante refiere ser consciente de que los niveles elevados de colesterol sanguíneo lo pueden afectar y se permite transigir sus pautas nutricionales porque tiene la certeza de que medicamentos como la lovastatina<sup>▼</sup> protegen su organismo de complicaciones vasculares:

- Investigador: “Usted se come un chorizo y la pasa con lovastatina para bajar el colesterol”.
- Sujeto 1: “Claro que sí”.

A continuación se expone otro fragmento de diálogo, en el que los participantes hacen comentarios acerca de los cambios que se producen en sus dietas, debido a la confianza que les generan los medicamentos:

- Investigador: “Yo les quiero hacer una pregunta a ustedes dos que son glotones, dicen que se toman la droga juiciosos pero que la dieta a veces ¿Cierto? Que la dieta a veces tiene pecadillos ¿Cómo piensan que sería su dieta si no tuvieran medicamentos, si no existieran en el mundo medicamentos para tratarlos? ¿El hecho de que tengan medicamentos influye en algo en su dieta?”
- Sujeto 1: “Yo le entiendo que por que estoy tomando la droga, estoy más tranquila y como más tranquila”.

Se encuentra un factor importante en la investigación que facilita o garantiza la ingesta oportuna de medicamentos y es el considerar que aunque no se sigan las pautas alimenticias estrictas, se está protegido de complicaciones con la ingesta oportuna de medicamentos. Sin embargo es un factor que interfiere con los autocuidados en relación a la dieta ya que se sienten confiados en que no tendrán

---

<sup>▼</sup> Medicamento utilizado para tratar los niveles elevados de colesterol sanguíneo.

complicaciones cuando comen alimentos restringidos, además añaden que el hecho de llevar dietas genera gran ansiedad. Cuando se aborda la ingesta de alcohol se encuentra algo similar a los hallazgos relacionados con la alimentación y es la sensación de inmunidad o de protección contra complicaciones dada por los medicamentos, aunque se ingiera alcohol:

- Investigador: "¿Y usted que opina del alcohol y presión o el alcohol y la droga, el alcohol la droga y la presión arterial?"
- Sujeto 1: "A ver eso mata mucha gente, es un crimen hacer eso."
- Investigador: "No pero para usted".
- Sujeto 1: "Con la droga de la presión al contrario yo siento que es necesario si uno esta tomando trago se toma la droga de la presión".
- Sujeto 2: "El alcohol le sube la presión".
- Sujeto 1: "Porque es mas grave no tomársela que tomársela o ¿Tengo o no tengo razón?".

Otros testimonios relacionados con autocuidados son expuestos en relación con el café y el tabaco:

- Sujeto 1: "El café es dañino. Yo sé que el día que tengo que venir a control no me tomo el tinto para venir"
- Investigador: "¿Porqué?"
- Sujeto 1: "Porqué me sube la presión y ni fumo el cigarrillo tampoco".
- Investigador: "No importa, no importa, lo debe hacer precisamente para que alguien la chequee en su estado natural de todos los días".
- Sujeto 1: "Es que ya me han chequeado en estado natural risas. Entonces venir uno muy agitado tomando tinto y fumando cigarrillo antes de que le tomen la presión ya sabe que eso no se puede hacer".

En estos diálogos se denota conocimiento de que el tabaco y el café descontrolan la presión arterial y de los cuidados propios de la enfermedad; también aparece un factor que facilita o garantiza que el paciente sea adherente como es el chequeo médico, pero a la vez se muestra como cuando la cita médica pasa, el paciente retorna a los hábitos que interfieren con la adherencia médica. Es preocupante si se observa que no se va a encontrar al paciente el día de la cita en su estado natural, sino que se pretende engañar al terapeuta, posiblemente por temor a la reacción de su médico, o a que lo encuentren descontrolado y le aumenten los medicamentos (y por lo tanto la posibilidad de intoxicar su organismo) o a que a pesar de sentirse bien se le encuentre predispuesto a complicaciones cardiovasculares. Surgen las preguntas: ¿Qué tipo de relación establece el hipertenso con su terapeuta que le impide mostrarse como realmente es? ¿Siente miedo? ¿Quiere que se le confirme que esta controlado sin estarlo?

Cuando se abordan los autocuidados en referencia a su medio familiar, aparecen dos puntos importantes, uno esta en relación con el apoyo recibido por su comunidad terapéutica familiar en relación a las recomendaciones medicamentosas y no medicamentosas aspecto que favorece la adherencia, pero otro aspecto abordado que interfiere con la adherencia esta en relación con que cuando de cuidados nutricionales se trata sus familias no los apoyan en el sentido de que no llevan pautas alimenticias, al respecto uno de los participantes refiere que cuando se le diagnosticó HTAS, DM y Obesidad todos sus familiares iniciaron con él una dieta muy estricta, pero en el momento en que observaron gran pérdida de peso, decidieron que el enfermo era él y no lo acompañaron más en sus cuidados nutricionales. Los sujetos participantes en la investigación dicen que esto dificulta sus autocuidados, ya que cuando ven lo que otros comen sienten hambre y deseos de comer por que cuando no se calma genera ansiedad. Otros participantes cuentan como sus familias los apoyan en las dietas supervisando lo que comen y esto ha facilitado el seguimiento.

Otros factores que interfieren con los autocuidados están en relación con su autoestima, ya que quienes tienen sobrepeso rechazan este estado, pero quieren bajar de peso sin dietas, ni sacrificios, ya que consideran que las dietas que se les envían son de hambre. Al respecto se comenta como romper con los hábitos alimenticios tradicionales y el tabaco ocasiona ansiedad y tristeza, ya que se necesita mucha fuerza de voluntad para cambiarlos, porque no es simplemente cambiar el tabaco por la comida u oro hábito, esto simplemente ocasionaría cambiar un cáncer por una diabetes o viceversa, cuando hablan de abandonar el tabaco y sustituirlo por la comida se excusan diciendo que el sobrepeso no le ayuda a los hipertensos. Al respecto hacen alusión a los métodos que han comprado para abandonar el tabaco y que algunos han empleado y otros no, sin ningún éxito. Es importante resaltar como el sujeto que fuma o es goloso tiene una fijación oral, que no se supera cambiando un hábito por otro, esto hace que este aspecto se deba tener en cuenta si en algún momento se piensa establecer un programa educativo para fomentar estilos de vida saludable que adhieran a los pacientes a los tratamientos.

También interfieren con los controles a pesar de llevar los cuidados factores como las preocupaciones, el estrés o la tristeza, ya que cuando estos estados están presentes su presión arterial se descontrola.

Dentro de la temática de la adherencia al tratamiento médico de HTAS también han sido analizados factores sociales relacionados con el estrato socioeconómico, encontrándose que son menos adherentes al tratamiento quienes pertenecen a estratos bajos, no por su ingreso per cápita o su escolaridad, sino por factores propios de sus estilos de vida como la dieta, la actividad física, el estrés sicosocial

y medioambiental, el acceso a los servicios de salud y a la información sobre la enfermedad<sup>129</sup>. En relación con este tópico se encontró en la primera parte de la investigación que el 26.8% de la muestra suspende los medicamentos para HTAS porque se le terminan y no tiene dinero para comprarlos, o con el hecho de perder el derecho a la seguridad social que les adjudica los medicamentos de manera gratuita 4.2%, este último factor que mes a mes. En nuestro medio es importante enunciar como factor interferente en la adherencia la situación laboral en relación con la pérdida de seguridad social que impide en muchos casos que los hipertensos tengan continuidad en sus controles periódicos y por lo tanto en sus tratamientos médicos. En los grupos de discusión este factor no se encontró relacionado con la adherencia medicamentosa, ya que todos los pacientes en el momento de la investigación no presentan dificultades relacionadas con el acceso a los servicios de salud.

Otro tópico a abordar está relacionado con las características de la enfermedad y la percepción de ésta, ya se es más adherente con los tratamientos de HTAS cuando la enfermedad es más sintomática<sup>130</sup>. En el momento en que aparecen limitaciones físicas dadas por afección a órganos vitales llamada comorbilidad, como sensación de asfixia o dolor en pecho generadas por compromiso cardíaco, o la hemiplejia que es la parálisis de un lado del cuerpo secundaria a una afección cerebral, mayor es la percepción de gravedad por parte del paciente y mejor será el cumplimiento terapéutico.

En relación con la adherencia medicamentosa y la percepción de la enfermedad, Patel y Taylor de la Universidad de Michigan<sup>131</sup> realizaron un estudio prospectivo publicado en el 2002 en el que describen que cuando los pacientes hipertensos perciben un buen control de su enfermedad, tienden a no ser adherentes con su terapia farmacológica, este concepto es congruente con la investigación de Millán, Botero y Chacón en los clubes de hipertensos de Chinchiná, Villamaría y Manizales durante el 2000<sup>132</sup>, quienes encontraron una baja adherencia en los pacientes encuestados y concluyeron, que la percepción de los pacientes acerca de su condición de enfermedad, mejora la adherencia.

Al respecto en los grupos de discusión se plantea el caso de uno de los sujetos que tuvo una complicación cerebrovascular que no le dejó secuelas físicas, pero le

---

<sup>129</sup>GONZALEZ MARIN; FERNANDEZ MARTIN y PACIOS, Op. cit.

<sup>130</sup>RESTREPO y MALAGA, Op. cit.

<sup>131</sup>CHAVEZ, Op. cit.

<sup>132</sup> GONZALES PEREIRA; CHAVES; LADINO; ORÓSTEGUI y GÓMEZ MOYA, Op. cit.

enseñó que son importantes los autocuidados para disfrutar la vida por amor y además porque:

“ Yo sí quiero la vida..... Mi Dios dijo ayúdame que yo te ayudaré. Entonces sí está en manos de uno, que uno se cuide ¿Cierto?”

Es este testimonio se observa no sólo una concientización a partir de un conocimiento previo de la enfermedad, sino también la necesidad de satisfacer una necesidad metafísica propia del ser humano.

Este mismo sujeto hace alusión a:

- “Por eso a mí, la diabetes me empezó antes, claro me tomaba la pasta a veces si, a veces no, luego del accidente cerebrovascular ya me volví más juicioso”.

También se encuentra en los grupos de discusión como los hipertensos se toman los medicamentos por aceptación de la enfermedad, para evitar la muerte y la minusvalía y sobre todo por ellos mismos para estar bien, porque reconocen que la HTAS es una enfermedad crónica e incurable. Este tratamiento se convierte en un hábito, con conciencia de que es para toda la vida y de que si se suspende se pueden originar complicaciones. A pesar de ser adherentes con los tratamientos médicos de HTAS, existen quienes opinan que existen riesgos y cursos inevitables en la vida y a pesar de los cuidados se van a complicar.

Dentro de los grupos de discusión también se encuentra que a pesar de que la enfermedad es asintomática, el cuerpo les avisa cuando algo anda mal o cuando no se han tomado los medicamentos:

- Sujeto 1: “Me dan los nervios cuando se me olvida de pronto tomarme el resto que me faltó entonces voy y me la tomo”.
- Sujeto 2: “Si no le da el zumbido no se va a tomar”.
- sujeto 1: “Si ve lo que yo dije, le tiene que dar a uno para tomarse la pasta”.
- Sujeto 2: “Yo me levanto de la mesa y ahí mismo la pasta, casi siempre me la tomo a la misma hora por la noche y por la mañana también, a mí no se me olvida y salgo y de pronto que me acuerde temprano me la tomo antes de salir por que me da miedo de un infarto”.

Al respecto se anota otro fragmento relacionado con los avisos que da el organismo cuando la presión arterial no está controlada:

- Investigador: “¿Cómo está?”

- Sujeto 1: "Bien estoy muy juiciosa. No se me va a olvidar (refiriéndose a los medicamentos), después de semejante campanazo no se me va a olvidar. No me dio un derrame cerebral por que mi Dios es muy grande, mi Diosito está aquí y me dio una hemorragia nasal muy grande hace como 15 ó 20 días".

En relación con este último testimonio se encuentra que el sujeto refiere ser hipertenso desde hace varios años, pero olvidaba tomar los medicamentos con frecuencia, hasta que le dio una hemorragia nasal como manifestación de un aumento excesivo de la presión arterial. También comenta que ha sido mala paciente con cualquier enfermedad, no asistía a controles médicos hasta que tuvo este episodio. En el momento está formando el hábito de los medicamentos con recordatorios por toda la casa.

Las personas involucradas en los grupos de discusión reconocen la utilidad de los medicamentos en sus tratamientos:

- Sujeto 1: "No se que haría si no hubiese droga, pues no habría con que pues tener la presión bien por que no habrían drogas entonces el factor sería ¿Qué haría yo para sentirme bien?"
- Sujeto 2: "Restringir la alimentación".
- Sujeto 1: "Como tenemos la droguita la dieta no es tan dura, baje el azúcar porque me dijeron que poquita azúcar".

También se abordan tópicos relacionados con factores que dificultan la adherencia a pesar de conocer las complicaciones derivadas de cuidados inadecuados de la enfermedad como son el no tener síntomas o complicaciones derivadas de la enfermedad, la ingesta de alcohol, los partidos de fútbol, el sentirse bien facilita sobre todo en los diabéticos la ruptura de los cuidados nutricionales, el teléfono, las visitas, los oficios de la casa ya que cuando los están realizando en ocasiones no hacen conciencia de la ingesta del medicamentos y no saben si la han tomado o no. Entonces al toman para quedar más tranquilos. Al respecto comentan:

- Sujeto 1: "Por sospecha me la he tomado, por que no me acuerdo si me la tomé o no me la tomé, entonces me pongo a pensar haber ¿Qué pasa si me la tomo? grave ¿Y si no me la tomo? grave, entonces tomémosla."
- Sujeto 2: "Queda uno más tranquilo, queda un más tranquilo".
- Sujeto 3: "Uno ya sé da cuenta como tiene la presión, se da cuenta que se le está subiendo la presión uno ya sabe".
- Investigador: "¿Cuál fue la droga que le controló la presión? "

- Sujeto 3: "Se me vino a controlar del todo del todo con el verapamilo<sup>♥</sup> por que con la otra medicina estaba bien, pero de pronto decía la niña (refiriéndose a la enfermera que toma la presión arterial) usted la tiene alta".
- Investigador: " ¿Serían capaces de dejar la droga de la presión para ensayar que pasa?".
- Sujeto 2: "Yo sí, ¿Porque no?"
- Sujeto 4: "Yo me la tomo, porque si le viene el infartico sin necesidad de uno buscarlo. ¿Por experimentar voy a dejar de tomar haber que pasa? sabiendo las consecuencias que trae".

Los sujetos son conscientes de los cuidados que se deben tener con respecto a la presión arterial y de los daños que suelen ocurrir en su organismo cuando suspenden los medicamentos. También del efecto benéfico o perjudicial que ejercen los medicamentos en su organismo, al respecto quienes son adherentes explican que se sienten bien porque toman los medicamentos ya que si los suspenden vuelve el problema y que son los medicamentos los que controlan la presión alta. También comentan que observan como ha aumentado la cantidad de personas con HTAS; este fenómeno está en relación con la edad y su círculo social, ya que la HTAS es una enfermedad especialmente de adultos mayores.

Cuando se aborda el tópico de porque se suspenden los tratamientos de HTAS se exponen las siguientes razones:

"No tienen suficiente responsabilidad o no se han concientizado de lo grave de la enfermedad porque no tiene dolor, no tomemos la pasta hoy dejémosla para mañana".

Cuando la rutina de ingerir los medicamentos forma un hábito se facilita la adherencia médica, pero que en ocasiones se les olvidan o se suspenden por ignorancia, porque se sienten aburridos de tener que ingerir medicamentos diariamente, son muy reiterativos en hablar sobre la pereza con respecto a la rutina diaria de los medicamentos y del ejercicio, a pesar de reconocer que este tiene un efecto benéfico sobre la presión arterial.

También sucede porque se sienten bien o porque aprenden a convivir con la enfermedad, ensayan a dejar la droga para ver como se sienten, por irresponsabilidad, por que cuando se sienten bien:

- Sujeto 1: "Creo que cuando yo llego y me toman la presión, la presión esta buena, entonces ¿para qué me tomo eso si esta buena si la tengo buena?"
- Investigador: Entonces, ¿por qué se la toma ?

---

<sup>♥</sup>Medicamento utilizado para controlar la HTAS.

- Sujeto 1: "Ya sea por costumbre, o no sé por que, pero la tomo pero así no tengo la costumbre de nada entonces hay es donde viene. No tomo eso, no me la tomo sobre todo con el verapamilo. Pero a veces yo digo ¿para qué?, si yo tengo la presión buena entonces para que me la hago tomar. No, no yo no pienso que lo voy hacer ni riesgos, sino teóricamente yo hablo teóricamente".

Otros factores que se exponen para explicar el incumplimiento terapéutico están dados por falta de mayor información sobre la enfermedad y sus consecuencias por parte de sus terapeutas. Al respecto refieren que falta una explicación mayor de la enfermedad por parte de los médicos, una información más concreta, muy específica de la enfermedad; al respecto comenta como su padre quien se monitoriza diariamente la presión arterial cuando encuentra cifras normales omite los medicamentos. Comenta también como él trata de confrontarlo, pero su padre hace caso omiso, considera que eso es producto de falta de información "sobre la presión alta, sobre sus consecuencias, sobre que pasa si se toma o no se toma las pastas yo creo que nos hace falta eso, lógicamente que también influye que uno a veces es un poco irresponsable, que le da pereza, o no se acuerda".

También al respecto existen otros que dicen que la información es muy buena y se les explica sobre la enfermedad antes de cada control, porque cada vez que asisten a los controles de HTAS existen cosas nueva, pero que de nada sirve la información si los responsables no acuden a recibirla. Sugieren que deberían existir manuales exclusivos sobre HTAS, su origen, tratamiento y consecuencias.

Otro aspecto a analizar en los tratamientos médicos está cimentado en la relación médico - paciente- cultura, se ha comprobado que influye de manera negativa el abordar la terapéutica desde un punto de vista biológico aislado en relación con los estilos de vida saludable y no desde las creencias, objetivos y prioridades del paciente. En este sentido es importante analizar la comunicación que se establece entre médico y paciente, tanto en el origen, como en el tratamiento de las enfermedades, ya que no siempre el paciente está dispuesto a admitir sus errores u omisiones en el tratamiento médico y menos ante un terapeuta que intenta imponer teorías y conceptos biomédicos cambiantes en el tiempo y a veces contradictorios sin tener en cuenta el punto de vista del paciente. con referencia a este aspecto se aborda el punto de vista científico así: "Pese a que la biomedicina tiene primacía y normalmente suministra el punto de referencia para las teorías del vulgo, los conceptos de los profesionales no son –en modo alguno- estáticos, inmodificables y universalmente aceptados. Esto queda ampliamente demostrado por los estudios históricos sobre diagnóstico y tratamiento (Gabbay, 1982). Las opiniones pueden variar, y de hecho varían, dentro de los subgrupos de una misma profesión. Las reglas para una vida sana no son la excepción. La resistencia a las teorías sobre la prevención y conservación de la salud que en la actualidad se

promueven pueden atribuirse, al menos, en parte, a la percepción del público de que los profesionales de la salud están enviando mensajes distintos, a menudo contradictorios. Además también son conscientes de que los mensajes de hoy son distintos a los de hace una década. Es este sentido, la dieta y la nutrición constituyen un área particularmente confusa y contradictoria”<sup>133</sup>.

En la formulación médica influyen el médico como persona en relación a la percepción que de este tenga el paciente, como técnico ya que de su calidad profesional dependerá el hecho de que un paciente sea o no adherente al tratamiento médico de acuerdo a la credibilidad que genere, también se considera como moldeador el organismo de su paciente y como agente que cambia el rumbo de la enfermedad atenuando los síntomas, mientras esta realiza su proceso natural. Y el paciente ya que de acuerdo a la confianza que este tenga en el tratamiento y su actitud dependerá que sea o no adherente al tratamiento médico:

- Sujeto 1: “Vea sin omitir nombres que eso es muy maluco yo llevaba control médico con un médico aquí fabuloso, delicioso. El médico se retiró por x motivo, luego me tocó otro que elegí al azar, el computador todos los datos ya tac, tac.. no, siga ¿cómo va? y listo ni me chequeó ni nada, completamente jarto yo salí aburrido, lo que me hizo fue una historia clínica y no más, entonces no me dio confianza de nada y no me preguntó nada más, entonces yo salí”.
- Investigador: “¿Y eso influyó en su tratamiento o no?”
- Sujeto 1: “Eso influyó en que yo no volví casi un año, pues que pendejada. El bueno se retiro entonces fui donde el otro que se puso a escribir en el computador y no más, ni me revisó ni nada entonces yo dije pues que pendejada también, sigo comprando la droga y listo y no volví”.
- Investigador: “¿Compraba la misma droga?”.
- Sujeto 1: “Si la seguí comprando, entonces a principios de este año dije Dios mío bendito, ya me siento como más gordito; lo que me dio fue una enfermedad muy grave, entonces decidí volver”.

Se hace evidente en este testimonio como la falta de comunicación entre médico y paciente influyó de manera negativa en este sujeto, también se comenta que sucede lo mismo cuando el médico grita o regaña al paciente. Al respecto se han establecido otras causas importantes de mala adherencia a los tratamientos médicos, como la que se da por que el paciente no entiende las indicaciones médicas, el cambio de terapeuta o las equivocaciones en la formulación, ya que se ha establecido que para que se dé un adecuado cumplimiento terapéutico debe existir una buena relación paciente médico basada en la honestidad, la responsabilidad y la comunicación entre ambos.

---

<sup>133</sup> PILL, Op. cit., p. 114.

Dentro de los aspectos a analizar están las investigaciones de Denton, Smith, Faust y Holmboe<sup>134</sup> y Heurtin-Roberts y Reising<sup>135</sup>, encontraron que la relación paciente médico influye en la adherencia a los tratamientos de HTAS, los primeros al observar que la adherencia se incrementaba cuando el profesional tratante era un experto en la materia, en relación a cuando el terapeuta era un facultativo en entrenamiento. Los segundos demostraron que el cuerpo médico estaba generalmente despreocupado acerca de las creencias en salud de sus pacientes, no eran conscientes de las percepciones que los pacientes tenían de su enfermedad, y recomendaron tener en cuenta la concepción de la enfermedad como parte importante del entrenamiento médico antes de seleccionar el régimen terapéutico. Los hallazgos en este estudio sugieren que los médicos podrían disminuir la mortalidad asociada con hipertensión a través de esfuerzos en educación en salud y tomando en consideración las creencias de sus pacientes.

Al respecto se hace referencia sobre la relación médico - paciente:

- Sujeto 1: "Hay unos que son muy radicales y no, y no. Son muy radicales, tal cosa tiene que ser no y no".
- Sujeto 2: "Vea a mi lo primero que me dice el médico es el cigarrillo, deje el cigarrillo, deje el cigarrillo, yo no lo dejé cuando eso. Yo lo dejé cuando posiblemente me hizo el daño que me iba a ser desgraciadamente".

Es importante ver que aunque el médico es portador de un conocimiento científico y es quien guía el tratamiento e informa al paciente sobre su estado de salud y riesgos cardiovasculares, no tiene el derecho de imponer normas de vida en el paciente, ya que este es quien direcciona su vida aun cuando se equivoque en su elección.

También se hace referencia en los grupos de discusión a un aspecto importante y es que cuando se está próximo a la consulta de HTAS se implementan los cuidados en torno a la enfermedad para que no se les encuentre descompensados. En este testimonio es importante resaltar como para los hipertensos es importante que su terapeuta los encuentre controlados, este hallazgo esta en relación con el que surge ante la posibilidad de romper la relación padre - hijo establecida con su terapeuta sino siguen las indicaciones acordadas en la consulta o si se encuentran descontrolados por causas prevenibles con un cuidado adecuado.

---

<sup>134</sup>DENTON, G.D.; SMITH, J.; FAUST, J. y HOLMBOE, E. Comparing the efficacy of staff versus housestaff instruction in an intervention to improve hypertension management. En: Acad Med, 76 (12): 1257-60 2001. Medline, Medical Research & Document Delivery.

<sup>135</sup>HEURTIN ROBERTS and REISIN, Op. cit.

La cultura que rodea al sujeto también influye en la relación paciente médico y en la adherencia al tratamiento médico:

- Sujeto 1: "Eso tiene cosas diferentes entonces a la doctora y como yo no le desobedezco a ella a mí me dicen boba tomate tal cosa no hija no lo que diga la doctora, me dicen las amigas boba tomate que es bueno para la presión y yo no que miedo".
- Sujeto 2: "Es que echan mucho cuentos en la calle, lo que pasa es que uno escucha a todo el mundo esa es la pendejada lo importante es escuchar al médico el que lo está tratando a uno que sabe su historia clínica que lo sabe todo, por que si uno se pone a creerle a todo el mundo quedamos locos".

A partir de este comentario se demuestra cómo la cultura influye en el hipertenso, sin embargo el papel del médico predomina sobre el medio ambiente del sujeto, esto se observa con mayor frecuencia en quienes poseen conocimientos biomédicos sobre la enfermedad, esta credibilidad debe ser cimentada con el apoyo incondicional que el médico debe prestar a su paciente sobre todo en lo referente a los cuidados nutricionales, ya que esta es su mayor queja: "la falta de apoyo con las dietas, "sienten que son enviados a nutrición como una manera de salir fácil del problema, sin adaptar los cuidados necesarios a sus necesidades alimenticias, sus texturas físicas y sus deseos. Las dietas que se les entregan en estos momentos van de acuerdo a la enfermedad, establecen paginas enteras de pautas y se les dice haga esto o aquello, el resultado de este proceso es que el paciente llega a su casa, "tiran las dietas" y olvidan las instrucciones.

Otro aspecto relevante en la adherencia médica está relacionado con la formulación de medicamentos y la eficacia terapéutica, se ha comprobado que influyen de manera negativa los regímenes terapéuticos complejos en relación a la polifarmacia (número de medicamentos empleados), posología (múltiples dosis diarias), la cronicidad de la medicación, la falta de respuesta rápida de la enfermedad a la terapéutica, los efectos secundarios derivados de su ingesta, el costo elevado y las características propias de la presentación medicamentosa como son el mal sabor, la vía de aplicación y la presentación, las características propias de los medicamentos como su eficiencia terapéutica y el hecho de que el paciente este de acuerdo con el tratamiento o lo desaprobe.

Al respecto es importante observar como algunos de los participantes en los grupos de discusión identifican claramente cual es su medicación y los efectos secundarios de ella. Al mismo tiempo surge la inquietud:

- "Entonces ¿Por qué le recetan alguno o el otro por que, el primero que se le venga a la mente o qué?".

La discusión sobre este tema se cimienta con el testimonio de uno de los participantes quien comenta como el captopril produjo tos en su organismo (efecto adverso), razón que lo obligó a suspenderlo y posteriormente se le formuló un medicamento con el que se siente bien. También se comenta que tratamientos de HTAS se generan de acuerdo a las necesidades personales de cada sujeto, su edad, patología o estado fisiológico como es el caso de la hipertensión que se genera en el embarazo. Se habla de dificultades en la adherencia cuando se tiene múltiples dosis de medicamentos con respecto a los horarios y resaltan su desconfianza con el uso de medicamentos genéricos ya que piensan que tienen menor eficacia con respecto a los mismos compuestos con nombre comerciales.

Al respecto se genera el siguiente diálogo:

- Investigador: ¿Qué que opinión se tiene sobre los medicamentos utilizados para la presión alta?
- Sujeto 1: "Pues que son buenos y sobre todo lo preservan a uno de alteraciones de la presión, que la más utilizada, pues la que más mandan es captopril, y la preguntica mía es esa ¿no se dice que el captopril es un genérico de capoten<sup>♥</sup>, siendo más fuerte el capoten? no sé lo que yo preguntaría es ¿que incidencia tiene el captopril sobre el capoten que dicen que la duración es mucho menos?
- Investigador: o sea ¿qué es más efectivo el capoten que el..?
- Sujeto 1: "Exactamente".
- Sujeto 2: "¿El capoten porqué es tan caro y el captopril tan barato?"

Se observa como aparece un sentimiento de inseguridad con respecto a los medicamentos genéricos, los sujetos participantes indagan y se preocupan porque conocen que las ventajas de ciertos preparados comerciales en cuanto a que sus efectos tienen mayor tiempo de duración, les interesa conocer la seguridad de los medicamentos con los que son tratados.

- Sujeto 1: "Los medicamentos de las EPS no son los mejores, que algunos son de mala calidad uno no lo puede saber como paciente realmente si son buenos o malos, simplemente eso hay".
- Sujeto 2: "Pero los que son genéricos".
- Sujeto 1: "Se habla mucho de medicamentos genéricos exactamente ¿Son de buena o mala calidad, sirven o no sirven? ¿Los genéricos que? Hay gente que dice que muy buena, las EPS dicen que son muy buenos y hay otros médicos que dicen que eso no sirve para nada, entonces por que un genérico vale un peso y otro que no es genérico vale diez mil, entonces tómese más bien,

---

<sup>♥</sup> Marca registrada de Captopril.

tómese el de diez mil, pero la EPS compra el de mil entonces ¿Que hay sobre eso?”.

Estos comentarios surgen como inquietud de las propagandas comerciales en las que se hace énfasis sobre la seguridad que implica la marca (registro comercial) dada por los laboratorios que fabrican medicamentos, de la lectura sobre información médica y de sus terapeutas quienes con frecuencia recomiendan el uso de productos comerciales por creer que son más efectivos, sin embargo es necesario realizar un estudio a fondo sobre el tema antes de emitir juicios al respecto. Esta desconfianza en el uso de medicamentos genéricos es compatible con los hallazgos en la primera encuesta sobre satisfacción con los servicios de salud implementados por la ley 100 de 1993 realizada por la defensoría del pueblo en 2000 donde el ítem con menor calificación fueron los medicamentos. Sin embargo los participantes en los grupos de discusión muestran confianza en lo referente a que si les envían los medicamentos para la HTAS es porque son buenos, ya que “nadie va a formularles drogas para que se mueran”:

- Sujeto 1: “No es tan rápido como el otro, mientras que en la otra se puede tomar una pastilla en el genérico se tiene que tomar dos, pero el otro alivia más ligero mas rápido, mientras se toma una pastilla del otro se toma dos de ésta, de modo que el genérico no es tan fuerte como el otro pero si sirve el medicamento”.
- Sujeto 2: “A mí me ha servido no me ha dado nada de eso, la droga que me manda no me hace daño”.
- Sujeto 3: “A mí, a mí también”.

También se hace alusión en los grupos de discusión al efecto terapéutico que ejerce la creencia del sujeto en el medicamento ya que si ingiere el medicamento con desconfianza no le va a obrar igual, porque se considera que las enfermedades tienen componentes psicosomáticos.

Al respecto también se observa miedo a los medicamentos por las reacciones que ocasionan:

- Sujeto 1: “A mí me dijeron que se me había estrangulado una hernia, porque estaba tomando mucha droga, un médico amigo me dijo hermano es que esta tomando mucha droga, claro me tomaba Isordil<sup>♦</sup> más de 5 pastas diarias, entonces en una cuenta que hice yo,  $5 \times 5 = 22$  entonces 5.522 pastas no me acuerdo en que tiempo me las tomé, entonces como yo me las tomaba cada tanto, me dijo que eso se le va acumulando a usted y le da. Entonces otro médico me digo hermano eso fue lo que le paso a usted, tomó mucha droga y

---

<sup>♦</sup> Nombre comercial del Dinitrato de Isosorbide, utilizado como vasodilatador.

tiene que desleírla o masticarla uno no se la puede tragar, la pasta más mala para el estómago es el Asawin\*, es una pasta que es como un balín para el estómago”.

- Sujeto 2: “A lo niño pues, a lo bebé”.
- Sujeto 3: “Y a mi se me estranguló una úlcera por acumulación de...”

Otro comentario relacionado con los efectos adversos de los medicamentos es el siguiente:

- “No sé pues no recuerdo bien, es que yo recuerdo que a mí me despertaron muerto ya estaba muerto, yo tenía cáncer, tiene cáncer y se va a morir y afortunadamente hubo por ahí alguien un día antes que me vio normal que vaya que le cambien esa droga, dígame al médico que le cambie esa droga, y me dijo no tome más esa y tómese ésta, inmediatamente desaparece la tos, inmediatamente”.

Al respecto comentan cómo a partir de la experiencia se ha convertido en un amplificador de la información y le recomienda a las personas que toman ese medicamento y presentan tos que vayan donde el médico para que se los cambie.

También se genera miedo a los medicamentos porque se aborda el tema en relación al uso por tiempo prolongado y sus consecuencias para el organismo:

- Sujeto 1: “Yo creo que no tengan consecuencias, antes lo alivian a uno”.
- Sujeto 2: “Pero yo digo que todas las drogas alivian, pero de toda maneras yo pienso que a largo plazo alguna mala consecuencia debe traer, que afecta unos órganos, o que se vuelvan drogas digamos inocuas para uno ya no, que ya no esa es mi inquietud”.

En general se encuentra conciencia sobre el uso de los medicamentos y conocimiento de sus efectos en el organismo en la gran mayoría de los participantes, sin embargo existen múltiples motivos para temerles a los medicamentos ya que se piensa en sus efectos a largo plazo en el organismo o se cree que toda sustancia externa al organismo es tóxica para él. Es así como algunos de los participantes en ocasiones han abandonado una dosis diaria de medicamentos hasta asistir al próximo control de HTAS, con la esperanza de encontrarse controlados y de que no sean necesarios para el control de su enfermedad.

---

\*\* Nombre comercial del Ácido Acetil Salicílico, medicamento utilizado como antiagregante plaquetario.

Por último es importante analizar la estructura de servicios de salud como factor asociado a la adherencia médica en los tratamientos de HTAS, ya que la dificultad en el acceso a los servicios es un factor que decrementa la adherencia a los tratamientos de HTAS y en una población como la colombiana donde existe un alto índice de desempleo se calcula que un porcentaje importante de población pierde la seguridad social por causa laboral cada mes. Este factor ayuda a que la enfermedad siga su curso natural hacia las complicaciones y las necesidades insatisfechas en relación con la salud en la población colombiana no sean solucionadas.

Para analizar este capítulo es importante mencionar que la adherencia al tratamiento farmacológico es difícil de cuantificar, que la principal fuente de información a la que se tiene acceso en nuestro medio esta dada por la información del paciente sobre sus conocimientos acerca de la enfermedad, la impresión subjetiva del terapeuta, los efectos secundarios y su verificación a través de la toma de presión arterial y su sostenibilidad a lo largo del tiempo, el recuento de comprimidos, contar el tiempo transcurrido entre dos despachos de medicamentos, y las referencias de la historia clínica. Otros métodos de cuantificación como los bioquímicos que miden concentración de fármacos en sangre, orina o saliva son muy costosos y de difícil acceso. Por lo tanto la comunicación se convierte en herramienta fundamental para determinar la adherencia médica y para contribuir a su incremento o decremento por parte del paciente.

## CONCLUSIONES

Entre la semiología general y la semiología médica hay correspondencias sistémicas, correspondencias de estructuras e incluso, una identidad de implicaciones ideológicas, en el sentido amplio de la palabra (la noción misma de signo) síntoma que aparece cada vez más, en este estudio, como una noción o concepto (HTAS) ligado a cierto tipo de cultura.

Lo que permitió distinguir e interpretar síntomas y signos y por lo tanto significados (trabajo de campo) fue la forma bajo la cual se asociaron las diferentes concepciones sobre la enfermedad; y este es uno de los factores que develó este estudio.

Los síntomas objetivos (signos) descubiertos por el médico y los síntomas subjetivos (narrados por el paciente) son además interpretados desde la semiología médica, como un síntoma añadido y complementado por la conciencia organizadora del investigador (categorías).

Lo que determina esta especie de conversión del síntoma (la enfermedad) en lo significado (HTAS) es la práctica médica, pues el médico convierte desde ese momento el sistema semiológico en problema de terapia.

Concebidas aisladamente las ciencias naturales (biología) no comportan ninguna racionalidad completa y duradera. La organización de todo sistema (concepciones culturales asociadas con la adherencia médica en pacientes con HTAS) es el problema y no el punto de partida axiomático de la investigación. Pues la salud es un modo de organización biológica cuya existencia depende totalmente del universo físico pero que al mismo tiempo depende de los factores encontrados que afectan la adherencia como las características del paciente, los aspectos cognitivos, orgánicos, propios de la relación médico paciente, sociales, características del régimen terapéutico, subjetivos en relación con la percepción que tenga el paciente de su enfermedad, relacionados con hábitos y creencias culturales de la enfermedad y propios de la estructura de los servicios de salud.

El propósito del estudio permitió no sólo hacer biología médica sino al mismo tiempo generar conocimiento del conocimiento de la HTAS. Lo importante aquí es observar que la inclusión de la salud en lo humano y de lo humano en la salud nos permite concebir la noción de salud en su plenitud: la salud deja de ocupar un lugar intermediario entre lo físico y lo antropológico en tanto que adquiere un

sentido amplio que se enraíza en la organización física, sobre todo en lo que es antropológico.

Todo lo que tiende a descuidar el tratamiento en provecho del hábito, el pronóstico en provecho de las condiciones iniciales de vida (previas al diagnóstico), la autonomía (voluntad) en provecho de las dependencias, la adaptación en provecho de las determinaciones exteriores, tiende a descuidar el individuo en una reducción a lo general exterior.

Hasta la mitad de nuestro siglo la individualidad parecía deber ser llevada a sus componentes y sus determinantes. Mientras que la etología redescubría al individuo en la observación de los animales superiores en el seno de su entorno natural, la biología molecular descubría la individualidad en niveles de radicalidad insospechada (la célula, la molécula) y, finalmente resucitaba al individuo allí donde ya no se la veía en el organismo (paciente de HTAS en contexto socioantropológico del estudio).

Desde este marco de ideas, se ve la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios que lideren y ejecuten los programas de promoción de la salud con un nivel de formación académica que responda a los desafíos de esta problemática que demuestra involucrar aspectos biológicos, humanos y sociales dentro de su composición.

Dado el peso que tiene la cultura en la concepción de la HTAS y más específicamente en el autocuidado se hace necesario proporcionar fundamentos educativos en este sentido que permitan romper o por lo menos mediar con la tradición cultural que se convierte en factor determinante de los hábitos de adherencia del paciente. Esto frente al médico le significa una interpretación del síntoma en su dimensión no solo biomédica, sino además en el contexto humano.

Uno de los resultados lógicos de este tipo de problematizaciones sería el de generar para los pacientes tratamientos médicos que se ajusten a su realidad particular.

Si bien en esta investigación sólo se direcciona a HTAS, queda una amplia patología por vincular a estos mismos factores, lo que muestra la necesidad de seguir investigando en este campo, aportando conocimiento en un campo aún inexplorado.

El carácter político que le imprime dicha realidad al papel que desempeñan las políticas públicas en salud desde los organismos públicos y privados, es uno de los componentes que revisten máxima importancia para el desarrollo social de la

comunidad y que está inmerso en el marco nacional de la ley 100. Esto se manifiesta en los análisis hechos durante todo el trabajo de campo en donde se problematiza de manera crítica todo lo que tiene que ver con los medicamentos en la medida en que el criterio de la reducción del gasto obliga a los prestadores de servicios a utilizar medicamentos genéricos.

Es labor del médico generar confianza en los pacientes respecto a los medicamentos, puesto que la información que circula a nivel popular respecto a ellos hace que desarrollen escalas de valoración que no se corresponden con la efectividad de los mismos.

Generar espacios de discusión se convierte en una medicación importante en para lograr la transformación de las concepciones culturales acerca de la enfermedad.

Involucrar a las familias de quienes padecen HTAS (en su mayoría adultos mayores) se convierte en herramienta fundamental de la terapéutica cuando el objetivo es efectividad del tratamiento.

## **GLOSARIO**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO (ADHERENCIA MÉDICA):** en el control de las enfermedades crónicas como la HAS, la adherencia al tratamiento médico ha sido médica por la proporción del tiempo anual en que el paciente se ciñe a las indicaciones terapéuticas del médico.

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** la magnitud en que una persona, en términos de ingerir medicamentos, seguir dietas o hacer cambios en el estilo de vida, coincide con las prescripciones médicas.

**AFINAMIENTO:** toma de presión arterial en tres momentos diferentes en circunstancias semejantes (horario, condiciones físicas), para establecer si una persona padece de HTAS o no.

**ANEURISMA:** dilatación localizada de un vaso sanguíneo, en particular de la aorta o de una arteria periférica.

**AUTOCUIDADO:** consiste en lograr la prevención de las enfermedades y el mantenimiento de la salud a través de acciones concretas. Que las personas cuiden de sí mismas, que las familia se colaboren entre sí, que haya respaldo y solidaridad entre los miembros de una comunidad, que las políticas de salud motiven a los individuos a asumir mayor responsabilidad frente a su salud, que los profesionales de la salud orienten y estimulen a las personas a cooperar con ellos en el fomento de la salud.

**AVISAS:** años de vida saludable.

**BIOMEDICINA:** sistema de atención en salud que se basa en los principios de la ciencia tal como ésta se entiende en occidente.

**COMORBILIDAD:** se define como la aparición de patologías asociadas con la evolución natural de la enfermedad o precipitadas por un control inadecuado.

**CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO:** grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

**DESPRENDIMIENTO DE RETINA:** separación de la retina neural del epitelio pigmentado retiniano subyacente.

ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA O ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL MIOCARDIO: incluyen la angina de pecho, el infarto agudo de miocardio.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR O ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL: lesiones vasculares del cerebro, en su mayoría secundarias a aterosclerosis, hipertensión o una combinación de ambas. Incluyen Insuficiencia cerebral, infarto cerebral, hemorragia, y la malformación arteriovenosa.

ETIOLOGÍA: estudio de las causas de las enfermedades.

FISIOLOGÍA: ciencia que estudia la vida y las funciones orgánicas.

HTAS o HTA O HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

MORBILIDAD: proporción de enfermos en lugar y tiempo determinados.

MORFOLOGÍA: estudio de la forma de los seres orgánicos.

ÓRGANO VITAL O BLANCO: hace referencia a los órganos afectados por la HTAS mal controlada como son enfermedades vasculares (enfermedad de las arterias coronarias), cardiacas (hipertrofia ventricular izquierda, disfunción diastólica, falla cardíaca congestiva, infarto de miocardio), cerebrales (encefalopatía hipertensiva, enfermedad vascular y demencia), renales (nefrosclerosis, glomerulonefritis y falla renal) y oculares (desprendimiento de retina). este término hace referencia a órganos como el ojo, el corazón, el cerebro, el riñón y el sistema vascular periférico, que son afectados por enfermedades como la HTAS o la DM.

PAB: Plan de atención básica.

PATOLOGÍA: parte de la medicina que trata del estudio de las enfermedades.

POLIFARMACIA: generalmente se refiere al uso de más tres medicamentos en un mismo paciente.

POSS: Plan obligatorio de salud subsidiado.

POS: Plan obligatorio de salud.

PROBLEMAS RENALES: hace referencia a lesiones producidos por la HTAS en el riñón como nefrosclerosis, glomerulonefritis y falla renal.

**SECUELAS:** complicaciones de la enfermedad como accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio.

**SÍNDROME:** Serie de síntomas y hallazgos al examen físico que existen al mismo tiempo y definen un estado de enfermedad determinado.

**SOAT:** seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

**SUBSIDIO A LA DEMANDA:** término utilizado en la reforma de seguridad social para referirse a la manera en que se sostienen las entidades de salud. Se refiere al monto que consigna el ministerio de protección social a las entidades que prestan servicios de salud, de acuerdo al número de sujetos que esta tenga afiliados.

**TOLERANCIA:** falta de respuesta a los medicamentos producida por el uso continuo de estos.

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:** supervisión del comportamiento de la enfermedad a través del tiempo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ACKERKNECHT, Erwin H. Medicina y antropología social. Madrid: Akal, 1985. p. 123 - 166.

ACUERDO 117 de 1998. Guía de atención de la hipertensión arterial. Ministerio de Salud. Bogotá, Marzo de 2000. p. 124.

ARCINIEGAS, Ignacio. Estudio sobre el cumplimiento farmacológico en hipertensos de Manizales, 1996. Sin publicar. 54 p.

BASTERRA GABARRO, Miguel. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Pharmaceutical Care, 1999. p. 97 - 106.

BLAXTER, Mildred. Las causas de la enfermedad. Hablan las mujeres. En: De la Cuesta Benjumea Carmen. s.l.: s.e., s.a. p. 157.

BOCK, Philip K. Introducción a la moderna antropología cultural. México: Fondo de la Cultura Económica, p. 389- 434.

BRAINSKY, Simon. Manual de psicología y psicopatología dinámicas. Fundamentos de psicoanálisis. Bogotá: Carlos Valencia Editores, 1986. p. 301.

BRETES, Roland. La aventura semiológica. Barcelona: Paidós, 1997. p. 352.

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. 17-21 de Noviembre de 1986. Ottawa, (Ontario) Canadá. En: Promoción de la salud: una ontología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. N° 557. 1996. Washington, D.C.: OPS 1996. p. 367.

CASTAÑO L., Gloria Elena; GUTIERREZ VALLEJO, Romelia y RAMIREZ OLARTE, Nancy. Promoción de hábitos saludables en pacientes hipertensos del centro de salud del barrio Minitas frente a los factores de riesgo modificables. Manizales, 1995, 121 p. Trabajo de grado (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.

CHAVEZ, Lucía. Resumen evaluación operativa programa de hipertensión arterial - Caldas. Estudio sin publicación. Dirección Territorial de Salud de Caldas. 1995.

CIENCIAS SOCIALES Y BIOGRAFÍA. s.l.: Ediciones Didáctica Multimedia, s.a.

COE, Rodney M. Sociología de la medicina. 2 ed. s.l.: Alianza Editorial, 1979. p. 13-14.

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. República de Colombia. Organización Panamericana De La Salud. Organización Mundial de la Salud. Santafé de Bogotá, noviembre de 1992. p. 141.

CROOG, Sydney H.; LEVINE, Sol; TESTA, Marcia A.; BROWN, Byron; BULPITT, Christopher J.; JENKINS, David; KLERMAN, Gerald L.; WILLIAMS, Gordon H. Los efectos del tratamiento antihipertensivo en la calidad de vida de los pacientes. En: The New England Journal of Medicine. Vol. 314, N° 26; p. 1657-1664.

DENTON, G.D.; SMITH, J.; FAUST, J. y HOLMBOE, E. Comparing the efficacy of staff versus housestaff instruction in an intervention to improve hypertension management. En: Acad Med, 76 (12): 1257-60 2001. Medline, Medical Research & Document Delivery.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadística. 1995 a 1998.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. La medicina como institución de control social. Medellín: Universidad de Antioquia, 1999. p. 41.

DE TEZANOS, Araceli. Una etnografía de la etnografía. Bogotá: Ediciones Antropos, 2001. p. 193.

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS. Estadísticas. 1997 – 1999.

DONATI, Pierpaolo. Manual de sociología de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994. p. 419.

DRANE F. James. Como ser un buen médico. Santafé de Bogotá: San Pablo, 1993. 216p.

DRESSLER, William W. Ethnomedical beliefs and patient adherence to a treatment regimen: A St. Lucian example. En : BRAUN, Peter J. Understanding and applying anthropology. Ed Mayfield publishing company, 1998. p. 243 – 248.

EL MANUAL MERCK. 9 ed. Barcelona: Océano, 1992. p. 1772- 1773.

ENTRALGO, Pedro Laín. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores, 1986. p. 181.

ENTREVISTA con Cecilia Realphe. Enfermera especialista en administración de servicios de salud. Profesora titular Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas.

ENTREVISTA con Olga Lucía Chávez. Enfermera Servicio Territorial de Salud de Caldas. Enfermera Dirección Territorial de Salud de Caldas. Magister en administración en salud. Profesional universitaria de la dirección territorial de salud de Caldas. 2003.

ESPINOSA DE R. La epidemiología y las políticas públicas saludables. Revista Facultad de Salud Pública. Vol 12, N° 2. Medellín, 1995; p. 37.

Estadísticas Salud Total E.P.S. sucursal Manizales. 1997 a 2004.

EVANS, Robert G.; BARER, Morris L.; MARMOR, Theodore R. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones. Madrid: Díaz de Santos, 1996. 411p.

FRACAPANI DE CUTIÑO, Marta. Bioética. Limitaciones de tratamiento. Buenos Aires: Lumen, 1997. p. 205.

FREUD, Sigmund. El malestar en la cultura. Obras completas. Tomo III. 4 ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. p. 3017 – 3067; 3667.

GARCIA PELAYO Y GROSS, Ramón. Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse, 1988. p. 326.

GERGEN, Kenneth J. El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Buenos Aires: Paidós, 1992. 370 páginas.

GIRALDO VALENCIA, Juan Carlos. Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Defensoría Delegada para la Salud y la Seguridad Social. Defensoría del Pueblo. Santafé de Bogotá, 2000. 144p.

GILLIGAN, Carol. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de la Cultura Económica de México, 1994. 288p.

GONZALEZ MARIN, Esperanza; FERNANDEZ MARTIN, Celia; PACIOS DE DIOS, JESUS. La relación médico - paciente: una aproximación desde el modelo comunicacional. Salamanca: Laboratorios Lilly. 1998. p. 12.

GONZALES PEREIRA, Isabel; CHAVES, Isabel Cristina de; LADINO, María C. de; ORÓSTEGUI, Myriam; GÓMEZ MOYA, Guillermo. Evaluación del programa de prevención y control de riesgos cardiovasculares a nivel de atención primaria. (6º Coloquio: 1986: Popayán). Memoria de eventos científicos colombianos. Ciencia e investigación en enfermería. Evento organizado por departamento de enfermería, Universidad del Cauca, Popayán. Asociación colombiana de facultades y escuelas de enfermería "ASCOFAEN". Bogotá: ICFES, 1986. p. 51- 58.

GROTEMBER, Edith. Citada por TOBON CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Manizales. Vol. 8 (nov., 2003). p. 41.

GRUPO DE NUTRICIÓN. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Atención Médica. Sección de Rehabilitación. Programa de Prevención y Control de Hipertensión Arterial.

GUBER, Rosana. La etnografía. Método campo y reflexividad. Bogotá: Norma, 2001. 127p.

HABALE, J.; LIFHITZ, A.; LÓPEZ BARCENA, Ramiro, M. El internista. Medicina interna para internistas. Asociación de Medicina Interna de México. México: Graw-Hill Interamericana. 1997. p. 186.

HAHN, Robert A. Sickness and healing. An anthropological perspective. Yale University Press New Havwen and London, 1995. p. 14.

HERRERA, Xochiti y LOBOGUERRERO, Miguel. Antropología médica y medicina tradicional en Colombia. Bogotá: Fundación Entollano, 1988. p. 17 -42.

HEURTIN ROBERTS, Suzzane and REISIN, Efrain. Health beliefs and compliance with prescribed medication for hypertension among black women. En: BRAUN, Peter J. Understanding and applying anthropology. New Orleans: Mayfield Publishing Company, 1998. p. 248 – 250.

IZZO, Joseph L. Jr. BLACK, Henry R. American Heart Association, Fighting Heart Disease and Stroke. Hypertension Premiere. Second Edition. The essentials of high blood pressure (basic science, population science and clinical management).

From the council of high blood pressure research, american heart association. p. 224- 267.

LABORATORIOS SQUIBB. El paciente hipertenso, cuestionario sobre la calidad de vida. Año. Pagina. Es una encuesta de el laboratorio, no figura el año, 3p.

LEY 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. República de Colombia.

LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL COMPORTAMIENTO HUMANO. República de Colombia, Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Santafé de Bogotá, 1995. p. 13.

LÓPEZ, Jorge Uriel y GOMEZ, Armando. Encuesta sobre el programa de hipertensión arterial del centro de salud del barrio Cervantes.

LOS PREHIPERTENSOS SON UNA "NUEVA ESPECIE". En: El Tiempo, Bogotá: (25, Mayo, 2003).

LUKA ESCOBAR, Cecilia. La antropología médica. Una visión cultural de la salud. Manizales: Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Revista hacia la Promoción de la Salud. Vol. 8 (nov. 2003); p. 51-57.

MAINETT, JOSE A. Bioética sistemática. La Plata: Quirón, 1991.

MALHERBE, Jean- Francois. Hacia una ética de la medicina. Santafé de Bogotá: San Pablo, 1993. p. 185

MILLAN, Manuel; BOTERO, Angela y CHACON, Arnoby. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes usuarios de clubes de hipertensos de Manizales, Chinchiná y Villamaría en el año 2000. Trabajo de grado (Especialista en Medicina Interna).

MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Programa de prevención y control de la hipertensión arterial. contenidos básicos para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular. documento dirigido al primer nivel de atención. Bogotá, Abril de 1991.

\_\_\_\_\_. Dirección general de promoción y prevención. Lineamientos de promoción de la salud y educación para el comportamiento humano. Santafé de Bogotá, 1995. p. 13g

MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Dirección de atención médica. Hipertensión Arterial. Taller de capacitación. CADAVID VILLA, RUBEN ALBERTO. MD. Medicina deportiva efectos fisiológicos del ejercicio. Servicio de medicina y rehabilitación. coordinador de reacondicionamiento físico HOSMIL.

MÓDULO 5. Desarrollo humano, cultura, socialización e identidad. Programa de maestría en educación y desarrollo humano. CINDE – Espinosa de R. La epidemiología y las políticas públicas saludables. Revista Facultad de Salud Pública: Medellín. Vol. 12, N° 2 (1995); p. 37. Universidad de Manizales. p. 11-15.

NADER, C., BOTERO, A.M.; GONZALEZ, F. Diseño de un esquema simplificado para la detección, evaluación, manejo y seguimiento del paciente hipertenso en Caldas. Línea de investigación. Departamento de Medicina Interna. Universidad de Caldas. 1988.

PASTLIN, Gustavo y BENDERSKY, Mario. Eficacia y sinergia de la medicación antihipertensiva. En : Boletín de la Red Latinoamericana de Hipertensión Arterial. Año 2, N° 1 (Ago., 2000); p. 4-7.

PATEL, R.P. y TAYLOR, S.D. Factors affecting medication adherence in hypertensive patient (online). In: Ann Pharmacother. Medline, Medical Research & Document Delivery. Vol. 36, N° 1 (2002); p. 40-5.

PEREZ- GASPAR, M. Modelos de relación médico paciente. Pamplona. Internet.

PICO MERCHAN, María Eugenia. La promoción de la salud en el trabajo: aspectos conceptuales y de reflexión. Manizales: Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Revista: Hacia la Promoción de la Salud. Vol. 8 (nov., 2003) p. 21- 36.

PEREZ- GASPAR, M. Modelos de relación médico paciente. Pamplona (artículo de Internet).

PILL, Roisin. Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y a las conductas saludables. En: DE LA CUESTA BENJUMEA CARMEN. p. 107.

PROGRAMA DE MARCHA PARA PREVENIR Y CONTROLAR LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Universidad Central Del Valle Del Cauca. Facultad De Educación. Departamento de Educación Física. Tuluá, 5 de Mayo de 1986.

PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN EVALUACIÓN MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. MANUAL DE NORMAS. Servicio de Salud de Caldas. Escuela de Auxiliares de Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad de Caldas. Universidad de Caldas, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna. Comité Departamental de Cafeteros de Caldas. Manizales, 1990. p. 23.

PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN EVALUACIÓN MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PAUTAS GENERALES PROFESIONALES. Servicio de Salud de Caldas. Escuela de Auxiliares de Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad de Caldas. Universidad de Caldas, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna. Comité Departamental de Cafeteros de Caldas. Manizales, 1990. p. 52.

QUEVEDO, Emilio. Sociedad y salud. El proceso salud- enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. s.l.: Zeus Asesores, 1992. p. 9.

RESOLUCIÓN N° 00412 DEL 25 DE FEBRERO DE 2000. Ministerio de Salud. República de Colombia.

RESTREPO, Helena E. y MALAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana, 2001. p. 16- 33.

RESTREPO, Helena. Notas para curso de pos-grado en promoción de la salud. Promoción de la salud: antecedentes históricos. Universidad de Caldas, 1999. p. 6.

RISO, Walter. Depresión. Avances de la cognición y el proceso de la información. Centro de estudios avanzados en psicología clínica. Medellín: Ediciones Gráficas Limitada, 1990. p. 153.

SCHNEIDER, PIERRE B. Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo. Psicología aplicada a la práctica médica. Madrid: Piados, 1974. p. 152, 270.

STRAUSS, Anselm I. Salud y enfermedad. Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. En: De la Cuesta Benjumea, Carmen. p. 293 y 294.

TOBON CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Manizales. Vol. 8 (nov., 2003). p. 37-49.

Tratamiento de la Hipertensión Arterial y prevención de sus complicaciones. En: SEGUNDA CONFERENCIA DE CONSENSO CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. (2º: 1995: Bucaramanga).

WAYNE W., Daniel. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3 ed. México: Limusa, 1999. p. 205-206.

ZOLA, Irving Kenneth. La medicina como institución de control social. En: DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. La medicina como institución de control social. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999. p. 41.

#### ARTÍCULOS DE INTERNET:

BOBB-LIVERPOOL, B.; DUFF, E.M. and BAILEY, E.Y. Compliance and blood pressure control in women with hypertension. En. West indian med J. 2002 dec;51(4):236-40. PubMed.

CERVERA ENGUIX, S. Relación médico - enfermo. Pamplona.

COYNE, K.S.; DAVIS, D.; FRENCH, F. and HILL, M.N. Health- related quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. In: Clin ther 2002 Jan; 24(1): 142-69. Pubmed.

DASING, R. Adverse events, compliance, and changes in therapy. In: Curr Hypertens Rep, 3(6): 488-92. 2001. Medline, Medical Research & document delivery.

LINDEN, W. Psychologic treatment for hypertension can be efficacious. In. prev cardiol. 2003 Winter; 6(1):48-53. PubMed.

LOGHMAN, Adam M. Medication noncompliance in patients with cronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. In: Am J Manag care. 2003 Feb;9(2):155-71.

NUNES, MI. the relationship between quality of life and adherence to treat. In: Curr Hypertens rep, 3(6): 462-5. 2001. Medline, Medical Research & document delivery.

SIEGEL, D.; LOPEZ, J., MEIER, J.; GOLDSTEIN, M.K.; LEE, S.; BRAZILLB, J. and MATALKA, M.S. Academic detailing to improve antihypertensive prescribing patterns(1). En: AMJ HYPERTENS. 2003 JUN;16(6):508-11. PubMed.

VIVIAN, E.M. Improving blood pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. *En. Pharmacotherapy*. 2002. Dec;22(12):1533-40. PubMed.

WIZNER, B.; GRYGLEWSKA, B.; GASOWSKI J., KOCEMBA, J. and GRODZICKI, T. Normal blood pressure values as perceived by normotensive and hypertensive subjects. In: *J Hum hypertens*. 2003 Feb; 17(2):87-91. Pubmed.

## Anexo A. Encuesta

Estimado usuario, deseamos comunicarnos con usted para conocer su estado de salud y sus conocimientos acerca del tratamiento que esta llevando a cabo en esta entidad.

A continuación le presentamos una encuesta que busca contribuir al mantenimiento de su bienestar y a mejorar su calidad de vida.

Usted esta en libertad de decidir si la responde.

Desde ahora le agradecemos su colaboración y le garantizamos que la información aquí consignada es confidencial.

Por favor complete la información en las siguientes casillas, o marque la respuesta correcta. Gracias.

### Información general:

Nombre \_\_\_\_\_

1.¿Es usted hipertenso? Si\_\_\_ No\_\_\_

2.¿Es usted diabético? Si\_\_\_ No\_\_\_

3. Edad en años cumplidos:\_\_\_\_\_

4. Sexo: Femenino\_\_\_\_\_ Masculino\_\_\_\_\_

5. Ingreso mensual:

1 a 2 salarios mínimos \_\_\_\_\_

Más de 2 y menos de 5 salarios mínimos \_\_\_\_\_

5 y más salarios mínimos \_\_\_\_\_

6.Estudios:

Ninguno \_\_\_\_\_

Primaria \_\_\_\_\_

Bachillerato \_\_\_\_\_

Universitario \_\_\_\_\_

### II. Relación Paciente - Enfermedad:

7. ¿Considera la presión alta una enfermedad? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha sufrido usted de problemas del corazón? Si\_\_\_ No\_\_\_

9.¿Ha sufrido usted de crisis de presión alta? Si\_\_\_ No\_\_\_

10. ¿Ha sufrido usted de trombosis? Si\_\_\_ No\_\_\_

11. ¿Hace cuantos años es hipertenso?

Menos de 5 años \_\_\_\_\_

De 5 a 10 años \_\_\_\_\_

Mas de10 años \_\_\_\_\_

12. ¿Qué hizo usted cuando le dijeron que era hipertenso? Explique\_\_\_\_\_

13. ¿Sabe usted por que a la presión alta le dicen la enfermedad silenciosa?

Si\_\_\_ No\_\_

Explique\_\_\_\_\_

¿El hecho de ser hipertenso lo limita en su vida diaria? Si\_\_\_No\_\_\_

¿En que?\_\_\_\_\_

### III. Adherencia Medicamentosa

14. ¿Olvida tomar su medicamento para la hipertensión arterial? (señale la correcta)

Nunca \_\_\_\_\_

Rara vez (una vez por mes) \_\_\_\_\_

Varias veces por mes \_\_\_\_\_

15. Si usted suspendió los medicamentos, señale la razón por la que dejó de tomarlos:

\_\_\_ Olvido

\_\_\_ Se le terminaron y no tenia dinero para comprarlos

\_\_\_ Quería descansar de la droga

\_\_\_ Se le terminaron y esperó hasta la próxima cita para ver como estaba

\_\_\_ Alergia

\_\_\_ Se sintió enfermo con la medicación

\_\_\_ Le cambiaron la medicación

\_\_\_ Tenia pereza de tomar los medicamentos

\_\_\_ Por consejo de alguien (Quien)\_\_\_\_\_

- \_\_\_ Cambio por otras medicinas (cuales)\_\_\_\_\_
- \_\_\_ Falta de confianza en su médico
- \_\_\_ Ingesta de licor
- \_\_\_ Problemas familiares
- \_\_\_ Consideraba que no necesitaba medicamentos
- \_\_\_ Otras razones(explíquelas) \_\_\_\_\_

#### **IV. Concepción Cultural:**

16. ¿Qué opinión tiene usted sobre los medicamentos utilizados para tratar su presión alta?\_\_\_\_\_

17. ¿Que clases de consejos y recomendaciones acerca de la presión arterial ha recibido usted de otras personas?(Explorar como afecta a la adherencia medicamentosa el hecho de relacionarse con otros).\_\_\_\_\_

18.¿Qué significa para usted ser hipertenso? ( cronicidad, controles, cuidados) \_\_\_

\_\_\_\_\_

19. ¿A que le atribuye usted la aparición de la presión alta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **V. Estilos de vida:**

20. ¿Considera que puede mantener una buena salud solamente con el uso de los medicamentos? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

21. ¿Usted fuma? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿Cuántas unidades por día, semana , mes?\_\_\_\_\_

22. ¿Piensa que el uso del tabaco influye sobre la presión arterial? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

23. En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, responda ¿De qué manera influye el tabaco en la presión arterial?

La controla\_\_\_\_\_ La descontrola\_\_\_\_\_

24. ¿Usted ingiere licor? Si\_\_\_ No\_\_\_ Cada cuanto\_\_\_\_\_

Especifique la cantidad \_\_\_\_\_

25. ¿Piensa que el uso del licor influye sobre la presión arterial? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

26. En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, responda  
¿De qué manera influye el alcohol en la presión arterial?  
La controla\_\_\_\_\_ La descontrola\_\_\_\_
27. ¿Usted realiza ejercicio? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Tipo de ejercicio\_\_\_\_\_  
Cuantas veces por semana\_\_\_\_\_
28. ¿Piensa que el ejercicio influye sobre la presión arterial? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_
29. En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, responda  
¿De que manera influye el ejercicio en la presión arterial?  
La controla\_\_\_\_\_ La descontrola\_\_\_\_

**VI. Relación Médico Paciente:**

30. ¿Entiende usted las indicaciones que le da su médico acerca de la presión arterial? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_  
¿Por qué?\_\_\_\_\_
31. ¿Sigue las recomendaciones que le hace su médico acerca de la presión arterial? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Por qué?\_\_\_\_\_

## **Anexo B. Preguntas y temáticas abordadas en los grupos de discusión.**

Primera reunión, grupo # 1. (23 de Mayo de 2003, Relación paciente enfermedad):

Se inicia la reunión con las siguientes preguntas:

- ¿Desde cuando es hipertenso?
- ¿Qué ha sucedido en este tiempo?
- ¿Qué problemas ha tenido?
- ¿Qué pensó o sintió cuando le dijeron que era hipertenso?
- ¿Qué hizo cuando le dijeron que era hipertenso?
- ¿Cómo reaccionó y el porque de esta reacción?
- ¿Cómo descubrieron que eran hipertensos?
- ¿Porqué piensa que es hipertenso? (de donde piensan que sacaron su HTAS?)
- ¿Alguien en su familia ha sido hipertenso, ha tenido derrame o infarto?

Otras temáticas abordadas en esta reunión estuvieron relacionadas con los sucesos de sus vidas en relación con la aparición de la enfermedad, la influencia de sus familias en sus tratamientos, la definición de autocuidados, la concepción de la vida antes y después de haber sufrido complicaciones propias de la enfermedad y como se da el proceso de la enfermedad.

Segunda reunión, grupo # 2 (13 de junio de 2003 Relación enfermedad – adherencia medica):

- ¿Porque se suspenden los tratamientos de HTAS?
- ¿Porqué piensan que otras personas suspenden esos tratamientos?
- ¿Porqué se toman los medicamentos de la HTAS?

Durante esta reunión se derivaron temas relacionados con la adherencia medica en relación a los medicamentos (las reacciones adversas, la necesidad de uso), los hábitos (alimentación, tabaco, alcohol y ejercicio), las razones por las que se cumplen e incumplen los tratamientos y la relación médico - paciente con respecto a los autocuidados y la comorbilidad.

Tercera reunión, grupo # 1. (20 de Junio de 2003, relación paciente, enfermedad y adherencia médica):

- ¿Hace cuanto son hipertensos?
- ¿Hace cuanto están en tratamiento?
- ¿Porqué se originó la HTAS en usted?

- ¿Qué son los cuidados con relación a la enfermedad para ustedes?
- ¿Qué es la vida?
- ¿Cómo se da el proceso de enfermedad?

Se abordaron temas en relación a la adherencia médica como el temor hacia la enfermedad, la influencia de los autocuidados y la comorbilidad en el tratamiento médico y la concepción de lo que se considera vivir con la enfermedad y su tratamiento.

Cuarta reunión, grupo # 2. (Relación paciente, enfermedad y adherencia médica).

- ¿Que significa para usted ser hipertenso?
- ¿Qué significa ser hipertenso para ustedes y sus familias antes y después de las complicaciones de la enfermedad?
- ¿Cómo influyen las reacciones ocasionadas por los medicamentos (como la tos) en el cumplimiento de los tratamientos médicos?

Durante esta reunión también se abordaron aspectos relacionados con el uso del alcohol, el tabaco, el ejercicio y la percepción de bienestar corporal en relación con los tratamientos de HTAS.

Quinta reunión, grupo # 1. (11 de Julio de 2003, Relación médico, paciente, medicamentos y adherencia médica)

- ¿Cómo influyen los medicamentos en la evolución de la enfermedad?
- ¿Qué razones tiene la gente para dejar los medicamentos de la HTAS?
- ¿Porqué las personas sienten miedo con la ingesta de los medicamentos?
- ¿Qué opinión tiene usted sobre los medicamentos de la presión alta?
- ¿Entiende usted las recomendaciones que le da su médico acerca de la presión arterial?
- ¿Cómo influye la relación médico paciente en la adherencia al tratamiento médico?
- ¿Qué cosas se podrían hacer para mejorar la adherencia a los tratamientos médicos desde el punto de vista de la relación médico paciente?
- ¿Qué otras recomendaciones acerca de cuidados para mejorar su calidad de vida han recibido?
- ¿ Porqué las personas a pesar de utilizar plantas medicinales siguen utilizando medicamentos?

También se abordaron temas relacionados con la influencia del médico en los tratamientos y a la relación entre adherencia médica, medicamentos genéricos y de marca registrada.

Sexta reunión, grupo #2. (18 de Julio de 2003, Relación médico paciente y tipo de medicamentos, adherencia médica).

- ¿Qué opinión tienen sobre los medicamentos utilizados para tratar la presión arterial?
- ¿Qué reacciones han tenido con estos medicamentos?
- ¿Qué otras recomendaciones sobre la calidad de vida le dan a las personas que son hipertensas?
- ¿Cómo influye la relación médico paciente en la adherencia al tratamiento médico?
- ¿Cómo se podría trabajar para que las personas mostraran interés en sus tratamientos médicos?

Se abordaron también temas relacionados con el tipo de medicación en relación con la adherencia médica, el uso de tabaco y alcohol en los pacientes hipertensos.

Séptima reunión, grupo #1. (Relación adherencia médica, concepciones culturales de la enfermedad).

- ¿Cómo se relacionan los médicos tratantes con el cumplimiento de los tratamientos de HTAS?

También se hizo referencia a la influencia del conocimiento sobre la enfermedad y sus complicaciones y la voluntad del paciente en la adherencia al tratamiento médico