

TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE
PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE
–ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI

SHEILA ANDREA GÓMEZ PEÑALOZA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2013

TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE
PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE
–ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI

Sheila Andrea Gómez Peñaloza

Trabajo de Grado para optar al Título de
Magister en sociología

DIRECTOR
Pedro Quintín Quilez
Antropólogo

Universidad del Valle
Facultad de ciencias sociales y económicas
Programa académico de maestría en sociología
Santiago de Cali
2013

TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE
PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE
–ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI

Sheila Andrea Gómez Peñaloza

Trabajo de grado para optar al Título de
Magister en sociología

Descriptores:

Representaciones de ECNT
Trayectoria de vida
Estilos de Vida
Clases sociales

Universidad del Valle
Facultad de ciencias sociales y económicas
Programa académico de maestría en sociología
Santiago de Cali
2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios por esta bendición, y por guiar siempre la realización de este trabajo.

A las cuarenta personas, informantes, por su disposición y colaboración.

A las entidades de salud del régimen subsidiado y contributivo de la ciudad de Cali, que hicieron parte de este estudio, especialmente a las coordinadoras de los programas de control de hipertensión y diabetes, por su apoyo y diligencia.

Al profesor Pedro Quintín por guiar el desarrollo de este trabajo y por comprender siempre los avatares que se presentaron.

A los monitores de investigación Yury Melo, Diana Marcela Cruz –estudiantes de trabajo social- y Waldor Arias -sociólogo-, por el buen desempeño en la recolección de la información.

A Natalia Tobo, docente de la escuela de enfermería de la Universidad del Valle, por el apoyo en el desarrollo del trabajo.

A las estudiantes de enfermería Cristina Meneses, Ximena Tobar y Natalia Bastidas, por el apoyo en el desarrollo del trabajo.

A Luis Alfredo Loaiza, sociólogo, por la instrucción frente al manejo y procesamiento de la información en Atlas-TI, software especializado para el manejo de datos cualitativos.

A María Fernanda Ceballos, socióloga, por la organización y clasificación de la información.

A Mónica Rojas por sus aportes en la realización del proyecto de investigación.

A Mario Andrés Jaimes por su diligencia para resolver asuntos administrativos.

A Ligia de Salazar, Adolfo Contreras y Jorge Mejía, docentes escuela de salud pública de la Universidad del Valle, por el apoyo en el desarrollo del trabajo.

A la Universidad del Valle por intermedio de la vicerrectoría de Investigaciones, que apoyó la financiación del presente trabajo con los recursos de la convocatoria interna 2010

ABREVIATURAS

ECNT. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

DM2. Diabetes mellitus tipo 2

HTA. Hipertensión arterial

HTA-RB. Hipertensión arterial riesgo bajo

HTA-RA. Hipertensión arterial riesgo alto

DM2 y HTA. Diabetes mellitus tipo 2 y hipertensión arterial

ESE. Empresas Sociales del Estado

EPS. Entidades promotoras de salud

POS. Plan obligatorio de salud

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla. 1 Definiciones operativas de la clase social a la que pertenecían los entrevistados	15
Tabla. 2. Esquema histórico de la sociología de la salud en América latina 1950-1986	29
Tabla. 3. Fuentes de información sobre ECNT, después del diagnóstico.....	39

LISTA DE ANEXOS

Anexo. 1. Carta acuerdo institucional

Anexo.2. Matriz clasificación informantes

Anexo.3. Guía entrevista semiestructurada

Anexo. 4. Matriz y plan para procesar información

Anexo 5. Plan de análisis definitivo (descripción e interpretación)

Anexo.6. Comparativo tiempo de diagnóstico-tiempo de tratamiento

Anexo.7. Frecuencia toma de medicamentos

Anexo.8. Frecuencia asistencia controles médicos

Anexo.9. Valoración condición de salud

Anexo. 10. Historial de consumo de alcohol y cigarrillo

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. Sociología y medicina , una relación aún por explorar	18
1.1 Genealogía de la sociología médica	19
1.2 Premisas de la sociología médica	24
1.3 Retos prospectivos de la sociología médica	25
2. Representaciones de personas diagnosticadas con ECNT: diabetes e hipertensión	30
2.1 Percepciones variadas alrededor de la ECNT y salud	31
2.1.1 Formas de tratamiento, información previa y posterior al diagnóstico	36
2.1.2 Vivencia de la enfermedad	39
2.2 Estilos de vida	54
2.3 Trayectorias de vida	60
2.4 Reflexión sobre el impacto de las ECNT en la vida de los sujetos	65
2.4.1 Percepciones variadas alrededor de la ECNT y salud	67
2.4.2 Estilos de vida	73
2.4.3 Trayectoria familiar	76
3. Reflexiones conclusivas sobre asuntos iniciales	79
4. BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

Este estudio trata acerca de las representaciones de la enfermedad que tienen cuarenta pacientes diagnosticados con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT): diabetes mellitus tipo 2 (DM2¹) y/o hipertensión arterial (HTA²) en la ciudad de Cali; entendiendo que las representaciones son el conocimiento proveniente del sentido común, que se genera a partir del intercambio entre grupos sociales, *“es una modalidad particular de conocimiento a través de la cual los hombres hacen inteligible la realidad física y social”*³. Para recuperar estas manifestaciones subjetivas, la investigadora dividió el proceso de enfermar en tres momentos: antes, durante y posterior al diagnóstico; en cada una de estas fases reconstruye el significado de salud-enfermedad, estar enfermo, el uso de los servicios de salud, el manejo y tratamiento que se da a los diagnósticos y las prácticas cotidianas de los informantes, a saber: alimenticias, laborales, educativas, preferencias en la ocupación del tiempo y relaciones sociales (familia y amigos), al mismo tiempo que indagó sobre la influencia de la trayectoria de vida. Fue indispensable reconocer que los elementos anteriores se presentan de manera diferenciada de acuerdo con las particularidades de cada sujeto; para denotarlo se prestó especial atención a las diferencias de género⁴ y clase social⁵, dos categorías que por su construcción social, cultural e histórica producen diferenciaciones de pensamiento y comportamiento que influyen en la manera en que conciben y apropian la vida social. Dos

¹ “Enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aun mortales con notable afectación de la calidad de vida. se caracteriza por niveles altos de glucosa en la sangre o por su deficiente control”. NODA, Julio, et al. “Conocimientos sobre “su enfermedad” en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. disponible en línea en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n2/v19n2ao4.pdf>, recuperado: 10 de enero de 2013. p.69

² Enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la presión sanguínea; es asintomática y fácil de detectar. En la mayoría de los casos la causa es desconocida y con tendencia sobre todo a ser hereditaria. Ibid., p.72

³ MOSCOVICI, Serge (citado en Mora, 2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea digital. Núm. 2. p.7

⁴ Herramienta interpretativa construida socialmente que demarca diferenciaciones entre hombres y mujeres. En este sentido, tal como lo plantea Gabriela Castellanos, el género se define como “el conjunto de saberes, discursos, prácticas sociales, y relaciones de poder que les da contenido específico a las concepciones que usamos (y que influyen decisivamente sobre nuestra conducta) en relación con el cuerpo sexuado, con la sexualidad y con las diferencias físicas, socioeconómicas, culturales y políticas entre los sexos en una época y en un contexto determinados.” CASTELLANOS, Gabriela. Sexo, Género y Feminismo. Universidad del Valle. Colombia. 2006. p.13

⁵ Más adelante se presentará la definición de este constructo, pues está articulado al cuerpo conceptual seleccionado en este trabajo.

preguntas generales guiaron el estudio: ¿Cómo influye la trayectoria de vida en la apropiación y reconstrucción de estilos de vida, previa aparición de la DM2 y/o HTA en cuarenta personas en la ciudad de Cali? y ¿Cómo se inserta la aparición, el diagnóstico y el desarrollo de la enfermedad en la trayectoria vital y en la reconfiguración de los estilos de vida de cuarenta personas diagnosticadas con DM2 y/o HTA en la ciudad de Cali? Las preguntas auxiliares que apoyaron el desarrollo de la central fueron: ¿cuál es el lugar de las condiciones económicas, la educación, el acceso a servicios de salud y el empleo en la aparición de la DM2 y/o HTA?; ¿qué actividades y prácticas configuraron los estilos de vida de los sujetos diagnosticados con DM2 y/o HTA?; ¿cuál es el sentido que le dan a la enfermedad los sujetos diagnosticados con DM2 y/o HTA ? y ¿cuáles fueron los procesos de socialización a través de los que los sujetos diagnosticados con DM2 y/o HTA apropiaron las prácticas referidas al cuidado de la salud? Por tanto, la hipótesis del estudio fue la siguiente: la comprensión del proceso de enfermar está asociada con develar los estilos de vida (comportamientos y prácticas de los sujetos), relacionándolos con las condiciones sociales del contexto donde se desenvuelven.

¿Por qué el interés en las enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente la DM2 e HTA? Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud pública a nivel mundial, en Latino América y en Colombia al ser la principal causa de mortalidad. Entre las principales patologías de este tipo se encuentran la diabetes DM2 y la HTA. La Organización Mundial de la Salud- OMS- preveía que para el 2005 estas enfermedades iban a ser la principal causa de muerte en el mundo, hoy ocupan el primer lugar en enfermedad y mortalidad. Estas patologías son eventos que no son causados por un agente infeccioso, sino que se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa; durante sus primeras etapas muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes que hagan suponer que están apareciendo. Son irreversibles porque ocasionan el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo, limitando seriamente sus funciones. La mayoría detectadas a tiempo, son controlables. La OMS plantea que *“gran parte de la carga de las enfermedades crónicas es prevenible: 80% o más de los casos de cardiopatías, accidentes cerebro vasculares y diabetes tipo II,*

junto con 40% de los cánceres eliminado unos cuantos factores de riesgo.”⁶ Para el municipio de Cali, las estadísticas de mortalidad de residentes - caso sexo y edad - revelan que en el 2012 la DM2 e HTA estuvieron entre las diez primeras causas de muerte de hombres y mujeres mayores de 35 años, luego de las agresiones y homicidios. Sin embargo, la edad de aparición de estas enfermedades ha ido disminuyendo, cada vez son más las personas que en etapa juvenil revelan estos padecimientos. *“Hay que mirar el comportamiento de la morbi-mortalidad de estas enfermedades en su incidencia y prevalencia... hay una cosa muy grave, se nos están bajando las edades, el hospital Universitario ha reportado infartos del miocardio en muchachos de 17 y 19 años”*⁷

Este es un estudio sociológico centrado en las representaciones de personas diagnosticadas con DM2 y/o HTA en Cali, se centró en avanzar en la caracterización y conocimiento de la DM2 e HTA desde la perspectiva de los sujetos diagnosticados teniendo en cuenta la manera en que viven hoy la enfermedad, haciendo además un rastreo a su trayectoria de vida previa al diagnóstico, tratando de entender la relación entre su historia personal-social y las prácticas que desarrollan o no con relación al manejo de estas enfermedades.

En este orden de ideas, los constructos: habitus, estilos de vida, clase social y trayectoria de vida son los que aquí se han utilizado para comprender el objeto de estudio. Estos conceptos hacen parte de la teoría antropológica y sociológica general, son retomados en este caso por la sociología médica como cuerpo teórico que explica sus desarrollos.

Un referente importante, en este caso, para abordar la sociología médica es Pierre Bourdieu y especialmente su obra *el sentido social del gusto* (2010). Aunque es un estudio centrado en aportar elementos para cimentar una sociología de la cultura, presenta y define con claridad uno de los dos conceptos centrales de su teoría, *el habitus*. Este concepto es importante para la investigación que acá se presenta, como instrumento de análisis que posibilita identificar la influencia de la trayectoria de vida de los sujetos en el manejo que le dan a sus patologías. La trayectoria de vida más que considerarse como el curso, desarrollo o historia natural, se

⁶ DURAN, Víctor. “Detener el aumento de las enfermedades crónicas La epidemia de todos”, disponible en línea en: <http://saludambiental.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=15159&S22=b>, recuperado: 12 de marzo de 2009.p. 3

⁷ ENTREVISTA con Juan José Jaramillo, sociólogo, profesor facultad de ciencias de la salud. Universidad libre, en Cali Marzo 4 de 2009.

asume en este estudio como el proceso dinámico y cambiante que abarca el origen del ciclo de vida hasta el momento actual o de llegada. Incluye, entre otros aspectos, el acontecer de los comportamientos, las prácticas, los gustos, las percepciones de los sujetos y las relaciones de interacción que establecen entre ellos. Este proceso se posibilita no por la acción y elección individual sino como resultado de la interacción con el contexto social que influencia el actuar de los sujetos. Esta última afirmación es la que relaciona la trayectoria de vida con el concepto de *habitus*, el cual hace posible que la exterioridad sea interiorizada de manera permanente en la vida. El *habitus* es capaz de fijarse definitivamente y de esta manera reproducir las condiciones objetivas: es lo social incorporado y demarcado históricamente, es la reproducción libre de todos los pensamientos, percepciones, acciones y gustos; es el principio a través del cual se concreta la acción en las nuevas situaciones que se presentan. Las condiciones objetivas pasadas producen el *habitus*, pero además lo hace la relación de las condiciones sociales en las cuales se ha constituido: “*El habitus nos recuerda la historicidad del agente es plantear que lo individual, lo subjetivo, lo personal es social, es producto de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas*”⁸

En este orden de ideas, la trayectoria de vida como proceso histórico y social que reproduce hechos anteriores a los sujetos y produce sus realidades actuales; se define a través de prácticas concretas que dejan ver qué ha apropiado y de qué se ha distanciado de su contexto social, lo que se puede denominar como *estilos de vida*, que se hacen visibles en el espacio social, a través de los comportamientos y las prácticas, que evidencian relación entre lo que se sabe y el mundo social donde se inscribe ese saber. A través de estas disposiciones los sujetos apropian y exteriorizan, a su manera, los aspectos del mundo social que le son “impuestos”, pero además pueden generar variaciones particulares a esas imposiciones. Estas disposiciones concuerdan con lo que Bourdieu ha nombrado de la misma manera: *estilos de vida*, entendidos “*no como una simple actualización mecánica del hábito, definidos como suma de estímulos, sino producto de disposiciones previas. Por ello no son reducibles a las decisiones de un libre albedrío surgido de la espontaneidad individual, son medios expresivos, de reconocimiento, de creación y de expresión de los grupos sociales*”⁹. Sin embargo, estos

⁸ BOURDIEU, Pierre. El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. 2010. P.16

⁹ ALONSO, Luis. E. El estructuralismo genético y los estilos de vida: consumo, distinción y capital simbólico en la obra de Pierre Bourdieu. S.f. p.3

comportamientos estructurados se presentan de manera diferenciada en los grupos sociales, clasificados de acuerdo a la clase o posición social a la que pertenecen, por ello cualquier cambio de comportamiento o estilo de vida toca la estructura social, requiriendo una reorganización de su significado. Así, dependiendo del lugar dentro de la estructura social que ocupen los sujetos y las oportunidades económicas y sociales con que cuenten, habrá una configuración particular de sus prácticas. En este sentido, los estilos de vida se presentan de manera diferencial de acuerdo a la posición que ocupan los sujetos, generando “*esquemas o principios de percepción, de acción y de forma de sentir. Los grupos sociales discurren por trayectorias similares dentro de un campo, construyen un espacio social que le es propio, construyen su habitus*”¹⁰.

Frecuentemente la clase social es fijada, simplemente, por la posición socioeconómica diferenciada que ocupan los grupos sociales. Sin embargo, en este estudio definimos que esa aproximación limita el valor de su aplicación, pues plantea que la diferenciación entre los grupos obedece exclusivamente al porcentaje de recurso económico que posean, dejando de lado que las diferencias tiene que ver, además, con las interrelaciones, comportamientos y formas de uso de lo social. Esto quiere decir, que la clase social es la caracterización jerárquica de grupos de población según su desenvolvimiento social, relacionado con el estatus socialmente diferenciado de dichos grupos. De esta manera, haciendo una interpretación de los postulados de Mary Douglas, la ubicación de los grupos en una determinada clase social depende de sus diferencias en cuanto a sus estilos de vida (las actividades que realizan, cómo las hacen, sus gustos, elecciones) y la forma en que éstos organizan su cotidianidad. Es así como la clase social, como categoría analítica y metodológica, permite clasificar los grupos dentro de una lógica social particular. De manera similar Bourdieu expresa que “*la clase social no se define sólo por una posición en las relaciones de producción, sino por el habitus de clase que normalmente se encuentra asociado a esta posición: “una clase se define por su ser percibido tanto como por su ser; por su consumo –que no tiene necesidad de ser ostentoso para ser simbólico- tanto como por su posición en las relaciones de producción (incluso si fuera cierto que ésta rige a aquél. Se define, no por una propiedad, sino por la estructura de las relaciones entre todas las*

¹⁰ Ibid., p.5

propiedades pertinentes que confiere su propio valor a cada una de ellas y a los efectos que ejerce sobre las prácticas”¹¹

Además de los procesos de enclasmiento, las prácticas o estilos de vida se ven afectadas e influidas influenciadas por los espacios de socialización en los cuales se inscriben los grupos sociales. En esta oportunidad, nos interesa significativamente visibilizar la familia como espacio socializador y red de relación primaria y fundamental. Como bien lo definen Berguer y Luckmann, se le ha adjudicado socialmente a la familia la responsabilidad de que el niño internalice los roles y significantes sociales y al identificarse con ellos adquiera su propia identidad. En la familia los sujetos aprenden y aprehenden los primeros usos fundamentales de la vida cotidiana y las construcciones sociales que hacen de la persona un ser social: hábitos, normas, valores, formas de comportamiento, gustos, deseos, que luego se ponen en dialogo y de-construcción en otros espacios donde continua el proceso de socialización. Así, el análisis de la familia desde la perspectiva que acá se presenta *“se convierte en uno de los indicadores más adecuados para entender todos los procesos de cambio y transformación que se presentan en la vida cotidiana de la sociedad moderna”¹²*

En este sentido se toma a Pierre Bourdieu y, de manera muy específica, a Mary Douglas, Berguer y Luckman y María Cristina Palacios para entender cómo se dan los procesos de incorporación, reproducción y producción del esquema social en los comportamientos y prácticas de los sujetos, para el caso que ocupa esta investigación lo referente a las representaciones y acciones en torno al diagnóstico y anejo de la DM2 y/o HTA en la ciudad de Cali.

Acerca de la metodología

Las ECNT han sido estudiadas tradicionalmente por la epidemiología clásica¹³, centrada en la explicación causal identificando factores asociados, esta lectura identifica qué aspectos son

¹¹ Ibid., p.10

¹² PALACIO, María Cristina. Familia y violencia familiar. Manizales: Fresco. 2004. p. 8

¹³ “Desde esta perspectiva se parte de que todos los fenómenos relacionados con las poblaciones tienen un estatuto semejante y son cuantificables, legitimando una serie de valores comunes, principalmente técnicos e

proclives a su aparición. Este análisis no permite reconocer con suficiencia las particularidades de los sujetos que enferman y las relaciones de éstos con el espacio social en el que se desenvuelven, generalizando su comportamiento a partir del evento. La epidemiología social o crítica avanza en este aspecto, subordina los procesos biológicos e individuales a las condiciones sociales, estudia como la frecuencia y la distribución de la enfermedad pueden ser explicadas por variables sociales y no sólo ajustar la ocurrencia de la enfermedad por éstas. Sin embargo, esta lectura sigue siendo limitada pues explica la aparición de la enfermedad desde el comportamiento individual, lo que no le permite avanzar hacia analizar en la patología las estructuras sociales de las que depende. Una u otra perspectiva epidemiológica se concentra en encontrar elementos para explicar la enfermedad, no en identificar y comprender la relación dialéctica entre ésta y los contextos sociales donde se desarrolla. Pocas investigaciones en esta área se han ocupado de develar la manera en que las poblaciones vivencian la experiencia de enfermar, menos aún han evidenciado la relación con las condiciones sociales y culturales donde se desenvuelven, perspectiva comprensiva que posibilita ampliar el horizonte de explicación y visibilidad de estas enfermedades. La necesidad de establecer esta conexión, ha obligado al campo de la medicina a ampliar sus límites interpretativos aportando elementos para responder de manera más efectiva a las problemáticas en salud, abriendo paso a otras disciplinas que cuentan con mayores competencias para entender el desenvolvimiento social, tal es el caso de la sociología médica. Por ello, un doble propósito alentó este estudio: mostrar la forma cómo se interesa la sociología por un tema poco tratado en el campo de la salud y exponer la visión adoptada y las perspectivas sobre el futuro del tema en el marco de la discusión sobre la salud y la enfermedad porque *“la articulación entre la experiencia del padecimiento (crónico) y las condiciones materiales, sociales y simbólicas de los sujetos enfermos constituye otro tema que no puede ser postergado.”*¹⁴

instrumentales. Este modelo, privilegia la dimensión biológica de la enfermedad, se ocupa de su distribución en términos de las personas, lugares y tiempos en que ocurre y además, estudia los factores causales o de riesgo para las enfermedades.” PARRA, Socorro. et al. “modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de Salud Pública”, en revista de Saúde Pública, vol. XXXIII, núm.3.1999

¹⁴ Ibid.,p. 184

Esta investigación se inscribió en el campo de la sociología médica, entendiendo que comprender los fenómenos en salud trasciende los órdenes individuales, que ubican a una persona saludable como aquella que no está enferma. Esta disciplina interviene “*para explicar socialmente una realidad ya conocida, pero desde una perspectiva epistemológica diferente. Como un modo propio de entender y abordar el proceso de salud-enfermedad.*”¹⁵

En este orden de ideas, el estudio que se presenta a continuación se desarrolló entre los meses de septiembre de 2010 y septiembre de 2012, fue un estudio exploratorio que hizo acopio de la metodología cualitativa como fundamento para acercarse a su objeto, desarrollando una técnica de investigación social: entrevista semiestructurada. Se reconstruyó la trayectoria de vida de personas diagnosticadas con DM2 y/o HTA inscritas a los programas para el control y tratamiento de estas patologías, afiliados a distintos regímenes de salud en la ciudad de Cali. Estos regímenes fueron: subsidiado¹⁶ (5 Empresas Sociales del Estado de la ciudad de Cali), contributivo¹⁷ (Planes obligatorios de salud¹⁸ y régimen especial¹⁹) o planes complementarios²⁰ (medicina prepagada²¹).

¹⁵ BRICEÑO, Roberto. Endemias, epidemias y modas: “La Sociología médica en América Latina”. 2003. P.74

¹⁶ “*Mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado*”. SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BOGOTÁ. Disponible en línea en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>, recuperado: 3 de febrero de 2013

¹⁷ “*Mecanismos mediante el cual se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias*”. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. Disponible en línea en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/régimenContributivo.aspx>, recuperado: 3 de febrero de 2013

¹⁸ “*paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad*”. Ibid

¹⁹ “*Es un régimen de salud excepcional (magisterio y fuerzas armadas) al dispuesto mediante la Ley 100 de 1993, lo que implica: No existencia de cuotas adicionales a los aportes de ley para atención o tratamiento de los afiliados al FNPSM o sus beneficiarios, Atención o tratamiento de todo tipo de patologías sin restricción, a los afiliados y sus beneficiarios, inexistencia de períodos mínimos de cotización, lo que implica que tanto el docente como sus beneficiarios pueden ser atendidos sin restricción desde el primer día de afiliación al Fondo*”. El MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. República de Colombia. “servicio de salud para el Magisterio”. http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-190216_archivo_pdf_salud.pdf, recuperado: 3 de febrero de 2013

²⁰ “*Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.*” COLOMBIA. Congreso Nacional de la República (1993, 23 de diciembre). “Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Artículo 169

²¹ “*El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado...*” COLPATRIA. Seguros. “Qué es medicina prepagada”. Disponible en:

Ajustes de la investigación: nombre del título del estudio, edad y número de informantes y técnica de selección de casos

➤ Inicialmente este estudio fue presentado bajo el título de “trayectoria de vida, estilos de vida y enfermedades cardiovasculares en Cali a comienzos del siglo XX”, sin embargo la depuración del tema y los datos empíricos que fueron recolectados obligaron a hacer una modificación, buscando que el título fuese más coherente con la realización de la investigación. “trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con Enfermedad Crónica No Transmisible –ECNT- (diabetes y/o hipertensión) en la ciudad de Cali”, es la titulación acorde al desarrollo y los resultados. Esta modificación fue posible teniendo en cuenta la perspectiva metodológica implementada, pues los estudios cualitativos son dinámicos y susceptibles de performar su génesis de acuerdo a la realidad misma que se está investigando.

➤ Del mismo modo la investigadora había definido que el rango de edad de los informantes seleccionados iría entre 17 y 60 años y más. Decisión fundamentada en que la literatura especializada en ECNT reporta que las edades de aparición de estas enfermedades han disminuido, no son ya padecimientos que afectan exclusivamente a población mayor de 40 años. La definición inicial del rango de edad más bajo, estuvo sustentada con datos obtenidos previamente en la entrevista realizada al sociólogo Juan José Jaramillo quien, por su desempeño profesional en el campo de la salud pública en la ciudad de Cali, señaló tener conocimiento de que se estaban presentando en la ciudad casos de infartos en jóvenes de 17 y 19 años. Para decidir el rango de edad de 60 años y más, se tuvo en cuenta la experiencia y el conocimiento de la investigadora, pues su desenvolvimiento laboral en el campo de la salud pública le permitía tener información sobre las edades registradas en los programas para el control y manejo de las ECNT de algunas entidades de salud de la ciudad. En estos registros se reportaban edades hasta 90 años. De esta manera se establecieron inicialmente tres rangos de edad para clasificar a los informantes: 1) entre 17 y 38 años; 2) entre 39 y 59 años; 3) 60 años y más. Sin embargo, al iniciar la revisión de las bases de datos de las instituciones de salud la investigadora no encontró ningún caso de 17 años registrado, la edad menor de

reporte fue 19 años. Igualmente, al iniciar el proceso de contacto y entrevista a informantes de 60 años y más, ocurrió un hecho que obligó a limitar significativamente este rango de edad. En una ocasión una mujer de 65 años presentaba – según su esposo- demencia senil, razón por la cual no podía recordar aspectos de su infancia, elementos claves para la investigación, por ello fue necesario suspender la entrevista. Al comunicar esta situación al director de tesis se tomó la decisión, en conjunto, de disminuir el rango de edad de entrevista hasta los 62 años; pues por tiempo y costos de la investigación no se podía asumir el riesgo de que nuevamente la investigadora tuviera que suspender el trabajo de campo. De esta manera, hay un grupo numeroso de personas mayores inscritas en los programas que no fueron entrevistadas. Se sugiere, que en otra oportunidad, que esta población sea tomada en cuenta, tal vez utilizando otras metodologías.

Finalmente se reestructuran los rangos de edad iniciales para la selección de los informantes, quedando clasificados de la siguiente manera: 1) entre 19 y 29 años; 2) 30 y 50 años; 3) entre 51 y 62 años.

➤ Previamente a la selección del número total de los informantes, la investigadora diseñó una estrategia para calcular cuántos debían hacer parte del estudio. Consistió en tener un caso tipo por cada cruce de condiciones intervinientes: régimen de afiliación al sistema de salud, patología, edad, nivel de complicación y sexo. Al final esta conjunción mostró que lo más conveniente era localizar 48 informantes uno por cada caso; sin embargo sólo fue posible ubicar 40, dado que las características de los restantes no fueron localizadas en las bases de datos de las entidades de salud. Los informantes seleccionados fueron pacientes entre 19 y 29 años, edades en las que menos se registran estas patologías, seguido del rango entre 30 y 50 años. Por el contrario fue sencillo ubicar informantes entre 51 y 62 años, rango de edad que más registran los programas. (anexo 2, matriz clasificación de informantes)

➤ Hubo, desde el diseño del estudio, interés particular por vincular personas de estrato socioeconómico alto y muy alto, con estudios profesionales, dedicados a desempeñar actividades especializadas, cuya situación económica hubiese sido consustancial a su trayectoria de vida, es decir que no se haya alcanzado por un proceso de ascenso social, producto de escalonamiento educativo o laboral. Este interés se debió a que la investigadora quería, a partir de datos empíricos, discutir uno de las creencias más sólidas en el tema de la

naturaleza de las ECNT: que la aparición de estos padecimientos es casi exclusiva a poblaciones marginales y de estratos socioeconómicos bajos, por ello interesaba comparar las representaciones que tenían los sujetos pertenecientes a distintas clases sociales y así identificar puntos de convergencia y divergencia. Sin embargo esta población no fue localizada en las bases de datos del régimen contributivo, fue necesario idear otra estrategia que posibilitara ubicarlos. Como primera medida, se procedió a establecer contacto con instituciones de salud privadas: clínicas o entidades de medicina prepagada; esta estrategia no dio resultado efectivo, fue muy complejo lograr establecer citas en estas instituciones. Fue a través de la técnica de bola de nieve que se ubicaron estos informantes: un conocido o amigo que tenía información sobre los criterios del estudio, estableció el contacto o suministró datos para localizarlos; igualmente se visitaron centros reconocidos de acondicionamiento físico de la ciudad y se solicitó información a profesionales de la salud.

Entonces... ¿quiénes fueron los sujetos seleccionados?

Hicieron parte 40 personas entre 19 y 62 años, afiliadas a distintos regímenes de salud, diagnosticadas con DM2 y/o HTA: **10** con hipertensión arterial riesgo bajo (HTA-RB)²²; **11** con hipertensión riesgo alto (HTA-RA)²³; **10** con DM2 y **9** con hipertensión y diabetes (DM2 e HTA). Esta última clasificación se estableció de acuerdo a la información consignada en las bases de datos de las instituciones de salud donde fueron localizados los informantes, acorde a los postulados nacionales para la atención de las enfermedades de interés en Salud Pública, resolución 412 de 2000²⁴.

Estos informantes fueron: 22 mujeres que se desempeñaban como amas de casa, oficios varios, profesionales (socióloga, médica, ingeniera de alimentos) o técnicas (auxiliar de

²² Esta clasificación es asignada a los sujetos que presentan entre 1 y 2 factores de riesgo, por ejemplo: consumo cigarrillo, inactividad física o alimentación inadecuada, además puede o no estar medicado

²³ Esta clasificación es asignada a los sujetos que presentan entre 1 y 3 factores de riesgo, por ejemplo: consumo cigarrillo, inactividad física o alimentación inadecuada, además puede presentar Daño en órgano blanco (Infarto, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular, cegera y ICC, tratado con 1 ó 2 medicamentos.

²⁴ “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. Resolución 412 de 2000

enfermería, profesora de baile) y 18 hombres comerciantes, profesionales (pediatra y comunicador social), electricistas, taxistas, vigilantes, sastres o constructores.

Para la recolección, procesamiento y análisis de la información se diseñó un procedimiento con cinco componentes:

➤ El primero fue la selección de las entidades de salud que hicieron parte del estudio. La investigadora tuvo interés por convocar variadas instituciones del régimen subsidiado, públicas y privadas y diversas del régimen contributivo; sin embargo en la práctica esta tarea se complejizó pues a pesar de enviar comunicación escrita, aproximadamente a 25 prestadores de servicios de salud de la ciudad, solicitando cita para presentar el estudio, se obtuvo respuesta sólo de 15. Por premura del tiempo de la investigación se tomó la decisión de incluir las entidades de salud que respondieron a la convocatoria con mayor diligencia; así se seleccionaron las cinco ESE del régimen subsidiado y una entidad del régimen contributivo. Posteriormente se procedió a presentar formalmente el estudio a estas entidades, especificando el respaldo institucional, los propósitos y el tipo de participación requerida. Estas reuniones no fueron fáciles de organizar debido a los compromisos previos que tenían las instituciones. Una vez se formalizaron los encuentros, cada entidad de salud nombró un interlocutor institucional que acompañó el desarrollo de la investigación. Se procedió a la firma de un acuerdo, documento simbólico, que formalizó la relación entre la institución de salud y la investigadora (anexo 1, carta acuerdo institucional)

➤ El segundo fue la revisión, para posterior selección de informantes, de las bases de datos de los programas de control de DM2 e HTA de acuerdo a los criterios de selección previamente definidos: personas diagnosticadas con una o las dos patologías, tener entre 19 y 62 años, tiempo de vinculación al programa igual o mayor a 1 año, la investigadora estimó que durante este periodo la persona tendría una experiencia mayor en cuanto al conocimiento y participación en los programas.

El primer encuentro con la información disponible escrita fue sorpresivo, la investigadora esperaba, en todos los casos, que estuviera organizada y seleccionada en bases de datos digitalizadas. Los programas del régimen subsidiado, manejaban la información de los

pacientes en libros o cuadernos, lo que dificultó y demoró la selección de los casos, pues en muchas ocasiones los datos no eran legibles. Los programas del régimen contributivo tenían la información digitalizada lo que permitió seleccionar con rapidez los casos. Igualmente se presumía que las bases de datos tenían diferenciados los informantes por estrato socioeconómico, primera aproximación empírica para clasificar la clase social de los pacientes; sin embargo este dato no estaba recogido por ninguna de las entidades de salud. Se decidió clasificarlos partiendo del conocimiento de que el régimen subsidiado sólo afiliaba población de estratificación baja, mientras que el contributivo agrega diversos estratos, posteriormente esta suposición fue contrastada directamente con los informantes seleccionados.

Con los datos de contacto la investigadora se comunicó telefónicamente con los potenciales participantes, presentó el proyecto e indagó su interés en hacer parte de esta iniciativa. En estas llamadas se explicó que los datos de referencia habían sido suministrados por la entidad de salud a la que estaban afiliados o por algún conocido, ésto para el caso de los informantes identificados por bola de nieve. Si la persona accedía a participar, se aclaraba que la entrevista duraría máximo 3 sesiones y que se realizaría en el lugar y horario que ella definiera. Simultáneamente a la identificación de casos para entrevistas se inició la fase de recolección de información.

Los informantes que iniciaron su participación iban siendo clasificados con un código alfanumérico, éste describía en orden: sexo, edad, patología, afiliación al régimen de salud y número de informante.

➤ El tercero fue la realización de entrevistas semi-estructuradas a través de las cuales se recolectó información acorde con el eje de entrevista diseñado, el cual describía las categorías de análisis²⁵ que formaba el cuerpo del estudio, 34 axiales y 6 categorías emergentes, fueron

²⁵ Son la manera como el investigador organiza y planea la recolección de información que responda a su objeto de indagación. Son códigos contruidos, previamente por el investigador (axiales o teóricas) o resultado de los mismos datos empíricos (emergentes), a partir de los temas, intereses, preocupaciones y patrones claves de la investigación. A través de estos constructos se da forma al cuerpo empírico y analítico del estudio. Las categorías de análisis permiten condensar el grueso de los datos recolectados, pues vinculan diferentes segmentos.

agrupadas en tres bloques temáticos: antes del diagnóstico, diagnóstico y posterior al diagnóstico (anexo 3, guía de entrevista semiestructurada). Esta entrevista se desarrolló en dos sesiones, se aplicó personalmente a cada sujeto en el sitio donde éste lo consideró pertinente, la mayoría de los casos fue en el lugar de residencia. Se diligenció con cada informante un consentimiento informado en el que se dejó constancia de la voluntariedad de su participación y el uso que daría la investigadora a la información. Durante el desarrollo de las sesiones los informantes estuvieron interesados en participar, de manera general expresaron que antes no habían tenido la oportunidad de hablar ampliamente sobre su condición de salud y particularmente de cómo viven su diagnóstico.

La investigadora tenía la hipótesis de que los discursos de los sujetos iban a mostrar discrepancias a partir de tres elementos: edad, género y clase social, aspectos que por su construcción social, cultural e histórica producen diferenciaciones de pensamiento y comportamiento en los seres humanos que influye en la manera en que conciben y apropian la vida social. Por ello, el estudio tuvo también un enfoque comparativo, interesaba conocer la representación de los informantes estableciendo diferenciaciones discursivas a partir de los tres elementos señalados. Dado que sobre todo, las categorías género y clase social son esencialmente teóricas, la investigadora se arriesgó a realizar una aproximación operativa para tener elementos para lograr establecer esta semejanza:

El concepto de género, se operativizó principalmente por el sexo al cual respondían los informantes, analíticamente una vez procesados los datos se quiso establecer si existía una construcción diferente entre unos y otros.

El concepto de clase social, se operativizó inicialmente por el estrato socioeconómico de los informantes dado que la variable con la cual tradicionalmente en la vida cotidiana se adjudica una posición de clase, posteriormente se robusteció con los datos empíricos que se fueron ajustando a los elementos conceptuales sobre clase social planteados anteriormente en este capítulo, a partir de los postulados de Bourdieu y Douglas. Así, se hizo el esfuerzo por clasificar a los informantes de acuerdo al lugar que ocupaban dentro de la estructura social a la que pertenecían. La definición de esta posición estuvo determinada por variables como el

nivel educativo, tipo de oficio desempeñado y recurso económico²⁶. De esta manera se realizó una caracterización jerárquica de grupos de población según su desenvolvimiento social, el cual estuvo relacionado con el estatus socialmente diferenciado que reflejó interrelaciones, comportamientos y formas de uso de lo social por cada grupo de personas entrevistadas, las cuales analizadas en conjunto mostraron diferenciaciones discursivas. Así, la clase social de cada informante fue ubicada conforme al régimen de salud al que pertenecía, pues de acuerdo a las semejanzas en el discurso estas posiciones coincidían con los regímenes de salud donde se habían seleccionado los informantes. Esta regla no se aplica en todo los casos cuando se quiera hacer un análisis de los grupos poblacionales que pertenecen a determinados regímenes de salud, por ejemplo no toda persona de nivel educativo bajo, que desempeña oficios poco especializados y que argumenta que su recurso económico es una limitante para mantener las prescripciones médicas está afiliada al régimen subsidiado; pero en el caso de esta investigación los informantes ubicados en cada régimen si mantenían esta correspondencia. Por ello, en adelante cada vez que se haga alusión a un régimen de salud especial se hace a su vez a una distinción en la clase social, tal y como lo señala la tabla 1

Tabla 1
Definiciones operativas de la clase social a la que pertenecían los entrevistados

Régimen de afiliación al sistema de salud	Clase Social
Subsidiado	Estrato socioeconómico bajo; des escolarizados o con estudios de primaria y algunos de bachillerato; dedicados a desempeñar oficios informales que no requieren la adquisición o desarrollo de competencias especializadas.
Contributivo	Estrato socioeconómico medio bajo y medio; con estudios de primaria,

²⁶ En este caso no se preguntó el monto de los ingresos percibidos, sino que a partir de los relatos se estableció si los ingresos representaban para los informantes una limitante o una posibilidad para acoger las prescripciones médicas dadas por los servicios de salud

	bachillerato, técnicos y muy pocos profesionales; en algunos casos dedicados a desempeñar oficios informales; en otros, técnicos y muy pocos desempeñando actividades especializadas.
Medicina prepagada	Estrato socioeconómico alto y muy alto; la mayoría con estudios profesionales; dedicados a desempeñar actividades especializadas

➤ El cuarto fue la organización de la información recolectada. El código alfa-numérico con el cual se identificaron los sujetos durante la recolección de la información se mantuvo para el procesamiento, haciendo uso de ATLAS-TI V 6.2, software especializado para el manejo de datos cualitativos.

De acuerdo a un plan de análisis preliminar, que guardó la misma estructura con la cual fue recolectada la información, se procedió a leer los archivos generados por el software organizando los datos en matrices que consolidaron la información extraída de las entrevistas, literalmente como fue expresada por los informantes; adicionalmente se hizo un comentario analítico por cada categoría dando pistas para la fase de análisis y discusión. (anexo 4, matriz para organizar y analizar información)

➤ El quinto fue el análisis de los resultados, contempló dos momentos: un aparte descriptivo y uno de interpretación donde se realizó la contrastación de los datos empíricos con algunos elementos conceptuales. A partir de estos ejercicios se plantearon reflexiones finales teniendo en cuenta la proporción en que el estudio dio respuesta a la pregunta y a los objetivos de investigación.

La selección de los 40 informantes posibilitó el análisis contrastando caso a caso; análisis entre las mismas y diferentes clases sociales. Esta lectura comparativa, además de tener en cuenta condiciones de edad y sexo, tuvo en cuenta la patología y su nivel de complicación; fue más allá de la reconstrucción de las historias de vida de los informantes; planteó síntesis y conclusiones en conjunto mostrando los elementos que marcaron las diferencias y las

semejanzas de enfermar y vivir la enfermedad. Los elementos de edad y género no mostraron mayor divergencia discursiva: hombres y mujeres, indistintamente de su edad, expresaron casi las mismas ideas con relación al objeto de estudio, la categoría clase social sí mostró discrepancias entre unos y otros, estas diferenciaciones se mostrarán en detalle en los siguientes capítulos.

La información recolectada se organizó, para el presente informe, de acuerdo con un plan de análisis definitivo, agregó información respecto a cómo los sujetos viven hoy la enfermedad, cuáles son sus estilos de vida y finalmente lo pertinente a la trayectoria vital: familiar y personal, con relación al conocimiento y manejo de las patologías. (anexo 5, plan de análisis definitivo)

Habiendo planteado las características de la investigación que aquí se presenta, se describe a continuación la estructura del informe:

En el capítulo uno, a modo de resumen, se presenta la relación sociología y medicina reconstruyendo los aspectos claves para su definición, evidenciando su evolución.

En el capítulo dos, se hace una presentación descriptiva de los aspectos más relevantes del estudio, fenomenológicamente se da cuenta del comportamiento de las categorías indagadas, para tener una panorámica del comportamiento del objeto de estudio; finaliza con una reflexión de los asuntos críticos de este capítulo, prestando especial cuidado a entender el desarrollo de la DM2 y/o HTA como problema sociológico.

En el capítulo tres, se hace una reflexión sobre los asuntos iniciales, preguntas auxiliares, que guiaron el interés y desarrollo de la investigación.

1. SOCIOLOGÍA Y MEDICINA, RELACIÓN AÚN POR EXPLORAR

“Ya quedó atrás la época en que las ciencias médicas reclamaban para si el total protagonismo de las acciones en salud en la población. En la medida en que el trabajo de los profesionales de la salud amplia su espectro de acción y trasciende la clínica para incorporar problemas relacionados con aspectos tales como promoción, evaluación de los servicios de salud, relación médico-paciente, conocimientos en salud, cambios conductuales y estilos de vida, las investigaciones se tornaran más complejas y conciernen a los aspectos biomédicos como a los de organización y los de la cultura... hay que diseñar investigaciones que más que predecir o medir el fenómeno interpreten el por qué de la ocurrencia de dicho fenómeno y permitan el pronóstico de las tendencias y condiciones fundamentales de los cambios sociales y sus consecuencias en la salud”²⁷

Este capítulo estará concentrado en hacer una descripción breve, sintética y resumida de la historia de la sociología médica, abordando elementos teóricos que estructuran esta rama de la sociología y su aporte para la comprensión de los fenómenos en el área de la medicina. La sociología médica *“se ha expandido globalmente como respuesta al creciente reconocimiento del papel significativo que tienen los factores sociales a la hora de determinar la salud de individuos, grupo y poblaciones”²⁸*. El propósito será señalar la importancia de la aplicación de la sociología para conocer, interpretar e intervenir fenómenos en salud.

Como se mencionó en la presentación, tradicionalmente las acciones en salud han estado guiadas por orientaciones epidemiológicas que centran la explicación de la aparición de la enfermedad desde agentes patógenos. *“las respuestas sociales oficiales en el terreno de la salud son guiadas por un interés práctico por controlar dichos agentes causales, sin preocupaciones por comprender las relaciones entre la salud y la sociedad”²⁹*. La importancia de la sociología médica, radica en que se ésta hace uso de la teoría sociológica y mira el fenómeno como objeto sociológico para el estudio de las situaciones de salud; poniendo en evidencia las causas y las consecuencias sociales. La información que produce

²⁷ ROJO, Nereida y GARCÍA, Rosario. “sociología y salud. Reflexiones para la acción”. Rev. Cubana de Salud Pública, 2000, p.96.

²⁸ COCKERHAM, William. “Health Sociology In a Globalizing world”. Política y Sociedad, Vol. 48 Núm. 2, 2011, p. 235

²⁹ ROJO, Nereida y GARCÍA, Rosario. Op.cit.,p.85

hoy la sociología médica es útil tanto para el campo de la prestación de los servicios de salud como para quienes toman decisiones en esta área. Igualmente las investigaciones producidas en esta área son útiles para la misma sociología al ampliar los objetos de investigación e intervención, dando más elementos para comprender la dinámica social.

1.1 GENEALOGÍA DE LA SOCIOLOGÍA MÉDICA

Europa y Estados Unidos

Distinto a otras especialidades sociológicas, la sociología médica es relativamente nueva apareciendo, como área específica de conocimiento sociológico, por primera vez en la segunda mitad del siglo XX, antes de este periodo la salud no aparece como un tema de interés sociológico, a excepción de las investigaciones realizadas por Durkehim (1897), que hacen mención a la fisiología social, este autor aborda en su quehacer sociológico la problemática del suicidio y los problemas de salud mental, haciendo alusión a nombrar el acto de suicidio como una situación social motivada por la externalidad de la persona, por ello no es posible determinar sólo desde el comportamiento del individuo las motivaciones que lo llevaron a obrar. Por ello este autor ve el suicidio históricamente determinado: se comete en una sociedad y en un tiempo determinada; además su naturaleza es predominantemente social.

Posteriormente estudiar los fenómenos de salud, como objeto de la medicina, sigue ocupando el interés de la sociología: Marx, Parsons, Merton, Goffman, entre otros, orientaron diversas de sus investigaciones a establecer la relación entre los fenómenos en salud y las estructuras sociales en las que se desenvolvían las sociedades.

Inicialmente estos estudios estuvieron enfocados a interpretar las situaciones de salud desde la conducta individual, para luego ocuparse de éstas desde un enfoque de salud colectiva³⁰, analizando lo particular de las enfermedades a la luz del desenvolvimiento histórico-social,

³⁰ “La salud colectiva surge del reconocimiento de que los procesos salud/enfermedad/representaciones/respuestas sociales expresan hechos histórico-sociales que atañen a los colectivos humanos y que, por tanto, es necesario explicar la determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2003). Desplaza así la discusión hacia la articulación entre de lo biológico y lo social en un esfuerzo por fincar su ruptura con los otros modelos de base biológica-natural o epidemiológica-probabilística y construir su propio objeto de estudio”. ARELLANO, Oliva y PEÑA, Florencia. “Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano”. Medicina social. Vol. 1, Núm. 3, 2006. P. 92

pero fundamentalmente en la interacción de los factores sociales que intervienen en su aparición.

Marx (1859) desde la perspectiva del materialismo histórico, socializó y señaló la necesidad de actuar sobre las causas primeras de las enfermedades, distribución de la riqueza, acceso a los bienes y servicios básicos como educación, empleo, vivienda, ropa, alimentación, rebasando de esta manera el análisis causal individual y biológico de las patologías.

Bernhard Stern fue el primer sociólogo en publicar extensamente sobre temas relacionados con la salud, escribió los relatos históricos de la función de la medicina en la sociedad a partir de la década de 1920 hasta a principios de 1940.

Parsons (1951) desde la perspectiva del funcional-estructuralismo, definió la enfermedad como la incapacidad del individuo de ser funcional a la sociedad a la que pertenece. Concibe la medicina como el área que controla las desviaciones de la salud, reduciendo su acción al plano individual y psicológico. *“tal análisis no permite justificar la existencia del acceso diferente a los servicios de salud ni los distintos tipos de prácticas médicas existentes”*³¹

Straus (1957) propuso dividir conceptualmente la sociología médica, haciendo distinción entre sociología en medicina y sociología de la medicina; dado que cada una tenía un objeto de conocimiento distinto. La primera se ocupaba principalmente de aportar elementos sociológicos para resolver problemáticas eminentemente médicas, por ejemplo lo referido a la etiología de la enfermedad o las actitudes y conductas con relación a la salud y enfermedad. De esta manera el interés era relacionar la aparición de la enfermedad con la ubicación de los individuos en la sociedad. En esta perspectiva se pueden inscribir los esfuerzos de la sociología clásica mencionados en los párrafos anteriores. Por su parte, a la sociología de la medicina se ocupa de asuntos totalmente distintos, por ejemplo el tema del reclutamiento médico, la formación de los médicos, relación médicos con otros individuos y como se desarrolla la salud en las comunidades. Así, su interés es ver las relaciones que se gestan entre los trabajadores médicos y con las instituciones, priorizando así aspectos eminentemente sociológicos, es decir se ve la actividad médica como otra actividad social.

³¹ ROJO, Nereida y GARCÍA, Rosario. Op.cit., P. 94

Merton (1957³²) y Goffman (1961) publicaron diversas investigaciones donde se promovió la legitimidad académica de la sociología en el campo de la salud, planteando discusiones en torno al rol del enfermo y la enfermedad mental. Particularmente Goffman en su libro “ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”, trabaja principalmente el mundo del individuo internado en hospitales psiquiátricos y cárceles. Inicialmente revisa la generalidad de la vida social de estas instituciones; además los efectos de la institucionalización sobre las relaciones sociales previas a que los individuos fueran internados; seguido la adherencia del internado a su celda; finalmente la perspectiva de lo perspectiva médica, para el caso de los hospitales, en cuanto a dar a conocer al internado la situación que vive.

Otra arista importante fue el trabajo realizado por el teórico Michel Foucault (1992³³), quien consideró que el conocimiento del cuerpo, la salud y la enfermedad reflejaba las condiciones subjetivas e históricas de las poblaciones. En este texto el autor describe el cuerpo como el lugar donde se plasma la realidad social, por ejemplo ve en la medicina una forma de gobierno que orienta y vigila el comportamiento individual, le da a éste estrictos acomodos corporales: indica cómo debe de actuar y obedecer. Así, se legitiman discursos como verdaderos y si alguien se comporta diferente se llamará enfermo. Lo significativo de esta revelación es que no es estática sino histórica; estas verdades se transforman según los discursos, según las estrategias sociales y las relaciones de poder que se establezcan en determinados periodos de tiempo, encargados de qué funciona como verdadero.

América Latina

Teniendo en cuenta la particularidad del contexto latinoamericano, que presenta tantos matices-diferenciales sociales y transformaciones epidemiológicas se ve la necesidad desde 1950, al igual que en Europa y Estados Unidos, de retomar teorías y metodologías³⁴ que posibilitarán analizar las condiciones sociales como eje importante para la comprensión de la enfermedad y la salud, fundamentalmente había una preocupación por abordar el tema de la equidad en salud.

³² El médico estudiantil

³³ Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo

³⁴ No hubo desarrollos propios de la sociología latinoamericana en esta área, por ellos fueron retomados modelos de la sociología Europea y Norteamericana como marcos de referencias conceptual y operativa.

Abordar el tema de la equidad en salud desde la perspectiva de las ciencias sociales, implicaba comprender que el análisis de la salud-enfermedad estaba atravesado por:

Reconocer las que las desigualdades sociales y la pobreza en Latino América son modalidades históricas, inherentes a su desarrollo social.

Las ciencias sociales tuvieron un lugar político a la hora de analizar las situaciones de las desigualdades sociales y particularmente las inequidades en salud; con esta posición- sobre todo discursiva- se buscaba una transformación social.

Había un cuestionamiento permanente de las ciencias sociales al modelo de desarrollo (económico y político) Latino Americano, que legitimaba desigualdades que se reflejaban en el estado de salud de las poblaciones. Desde esta perspectiva se reivindicaba el requerimiento de dar soluciones a los problemas de salud satisfaciendo las necesidades colectivas. Esto implicó dejar de ver la situación de enfermedad como una condición individual y biológica: sino como una situación producto de la manera en que estaba organizada la estructura social. Fue necesario poner atención no sobre los síntomas de las enfermedades, sino sobre las “causas de las causas”, es decir sobre las condiciones sociales de las patologías.

➤ Estudiar la salud colectivamente, implicó concebirla como un espacio de confluencia disciplinar, entre ellas la sociología, la economía y la antropología. Entendiendo esta condición como un proceso que debía, por ejemplo, *“visibilizar formas de interpretación y prácticas en salud distintas y coexistentes con la medicina científica dominante, que expresan las articulaciones y las reconfiguraciones de las identidades de los grupos étnicos de América Latina”*³⁵

➤ Las ciencias sociales cuestionaron el enfoque de salud preventiva, que dejó siempre de lado los cuestionamientos con relación a los muchos procesos que también tienen cabida en las realidades biológicas y psicológicas; además no se tiene en cuenta que la salud-enfermedad lleva implícita unas representaciones culturales, sociales e históricas que influyen en la respuesta que la sociedad da esta diada. La tabla.2 ilustra la transición de la Socióloga de

³⁵ ARELLANO, Oliva y PEÑA, Florencia. Op.cit., p.94-95

la Salud en América latina luego de la mitad del siglo XX, señalando sus áreas temáticas y las formas en que se accede al conocimiento específico en este campo.

Estado actual de la sociología médica

La sociología médica se ha convertido en un área de la sociología más avanzada, enfocando su interés investigativo a dilucidar el control de los profesionales de salud sobre la atención en salud. Los estudios realizados, sobre todo en Estados Unidos, evidenciaron que los profesionales médicos son uno de los muchos grupos de poder de la sociedad, al igual que los empleadores, las compañías de seguro, los pacientes; los cuales maniobran para dar cumplimiento a sus intereses en el cuidado de la salud. Sociólogos independientes de las estructuras de financiación, han hecho de la práctica médica uno de sus temas de investigación, incluyendo las relaciones esenciales con los pacientes y de éstos la estructura organizativa de las instituciones de salud. Para el sociólogo de la salud otros empezaron a ser los temas de interés investigativo, entre ellos: el estrés social, las disparidades de salud, género y salud, hábitos de salud y estilos de vida, y los determinantes sociales de la enfermedad.

Hoy hay un reconocimiento por parte de los profesionales de la salud de la importancia de la unidad social para analizar la diada salud-enfermedad. Es hoy una rama de la sociología reconocida y establecida; números sociólogos han incursionado en el campo de la medicina; haciendo parte de las facultades de salud (preparando profesionales de salud), en agencias de investigación en salud o interesados en realizar investigaciones sociológicas. El sociólogo médico es alguien que se dedica a la salud para “pensar” y no alguien que “hace”, pues ve el campo de la salud como un microcosmos que reflejan los elementos estructurales de la sociedad. Los temas de interés que ocupan hoy a la sociología médica dejan ver que la distinción entre sociología en la medicina y sociología de la medicina planteada por Straus, es casi imperceptible, entre ellos se destacan *“investigaciones epidemiológicas, orientaciones y valores en salud, la conducta de la salud, los recursos humanos, organización de la atención médica, evaluación de programas, las organizaciones de la salud, investigación de la*

política, los ámbitos de trabajo del sociólogo de la medicina, socialización de los sociólogos de la medicina”³⁶.

El desarrollo de la sociología médica presentado anteriormente, muestra una transición que se posibilita dada la necesidad de interpretar la diada salud-enfermedad desde un acontecer histórico y no solamente como relación biológica causal. Se entiende así, que la salud no tiene un carácter individual, sino que es una condición de la acción social; sin embargo su respuesta es individual dependiente del tipo de afectación, de las características personales y de la mediación de lo social ante la enfermedad. *“Se necesitaba un marco teórico alternativo: componente histórico, aprehensión de las diferencias sociales y económicas y de los conflictos de ellas derivados, eran estos unos requerimientos centrales. Articular lo social al plano de la salud; relación entre instancias (ideológicas, juridicopolíticas y económica) con problemas de la salud”*³⁷

1.2 PREMISAS DE LA SOCIOLOGÍA MÉDICA

➤ Las premisas son condiciones de la sociología médica que deben estar presentes cuando se dice que se está aproximando a un objeto de conocimiento desde esta área de la sociología. Tener ésto en claro libra al sociólogo, que se desenvuelve en esta área, del riesgo de replicar esfuerzos que, por ejemplo, los epidemiólogos críticos hacen para explicar desde una connotación social la diada salud- enfermedad:

➤ La sociología médica aporta al área de la medicina, la facultad de ver la relación salud-enfermedad como proceso social: *“La perspectiva sociológica enriquece la mirada biológica con un análisis más profundo y generalizador; aborda al hombre en su integridad y ayuda a identificar problemas y alternativas de solución desde la perspectiva de las audiencias involucradas en dichos problemas”*³⁸

³⁶ FREEMAN. Howard et.al. (Comp.). Manual de Sociología de la medicina. Fondo de cultura económica, México. 1998. p. 612-630

³⁷ OPS-CIESU. Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas. 1986. p. 236

³⁸ ROJO, Nereida y GARCÍA, Rosario. Op.cit.,p. 98

- A través de la sociología es posible conocer la experiencia subjetiva de la enfermedad, reconocer la interpretación y la manera cómo enfrentan la patología los individuos y colectividades.
- Abordar sociológicamente los fenómenos en salud es pertinente para identificar la multifactorialidad de los problemas en esta área, permite establecer relaciones entre los comportamientos individuales, los factores contextuales y las condiciones de vida que pueden estar asociadas con la aparición de las enfermedades.
- La sociología médica identifica las causas sociales y colectivas de las enfermedades, analizando que el comportamiento individual del sujeto enfermo es la representación de la organización social en la cual es edificador y protagonista.
- No hay una tradición de trabajo sociológico en el sector salud, los profesionales son escasos y sus actividades han estado enfocadas a fortalecer el cuerpo docente y de profesionales de salud más que a interpretar los fenómenos en salud como problemas sociológicos.
- La sociología médica convoca a tratar el proceso de salud-enfermedad desde las causas iniciales o primarias: “distribución de la riqueza, acceso a bienes y servicios básicos, la educación, el empleo y la vivienda. La salud rebasa lo personal, individual y aislado”³⁹
- El tipo de información que producen las investigaciones en el área de la sociología médica es útil y pertinente no sólo para tomar decisiones en el área de la medicina, sino para decisores políticos, del mismo modo que para la propia sociología al ampliar su campo de acción y tener mayores herramientas para comprender la dinámica social en su conjunto.

1.3 RETOS PROSPECTIVOS EN SOCIOLOGÍA MÉDICA

Cómo se mencionó al inicio de este capítulo la sociología médica no tiene la trayectoria teórica y metodológica de otros campos, como por ejemplo la cultura y el trabajo, que le dé claramente el marco de interpretación y análisis de las acciones adelantadas. Por ello es un

³⁹ Ibid., p. 96

reto para los sociólogos que continúen desarrollando su campo de estudio en esta área aportar a su consolidación. A continuación se mencionan algunos retos para estos profesionales:

➤ La sociología médica se ha ocupado históricamente de analizar las relaciones sociales y de poder que se establecen dentro de las instituciones médicas, las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes. *“Otros aspectos que se deben abordar desde el punto de vista sociológico serían los relacionados con las percepciones, creencias y representaciones que sobre la salud y la atención médica tiene la población, la aceptación de concepciones mágico religiosas como explicación a determinados procesos de salud o enfermedad, así como el grado de satisfacción con los servicios de salud, incluida la población que los recibe y el trabajador que los presta. Que el científico social contribuya a dar respuesta a los principales dilemas y necesidades de la interacción de las ciencias sociales y las ciencias de la salud”*⁴⁰

➤ Los análisis sociológicos en salud deben hacer explícitas las particularidades poblacionales en cuanto a cómo se vive y se asume el proceso de salud-enfermedad, haciendo énfasis en lo necesario que es para los servicios de salud ver heterogéneamente (diferencias de clase, edad, género, cultura) los sujetos enfermos, promoviendo el desmantelamiento de miradas homogenizantes cuando se aborda cualquier temática en salud.

➤ La sociología médica requiere concebir, de manera total, las situaciones de salud como problemáticas sociológicas, lo que implica rastrear, interpretar y analizar en las enfermedades sus causas psicológicas y sociales, al mismo tiempo que relacionarlas comprensivamente con los comportamientos en salud-enfermedad de las poblaciones; sobre todo en aquellos padecimientos cuya naturaleza no es biológica y que van aceleradamente en aumento en morbilidad y mortalidad, tal es el caso de las ECNT. El reto es poner mayor *“énfasis en investigar a fondo los efectos de las condiciones estructurales sobre la salud”*⁴¹

➤ En sociología médica se debe promover el ejercicio de investigaciones que legitimen la voz del sujeto, como quien tiene autoridad para describir y dar cuenta de la manera en que se experimentan los procesos de salud-enfermedad en la cotidianidad, que tiene gran impacto

⁴⁰ Ibid., p. 96

⁴¹ COCKERHAM, William. Op.cit., p. 238

en sus procesos de tratamiento. *“Las estrategias y las acciones de los sujetos reales enfrentándolas dentro de límites restringidos por su propia situación de vulnerabilidad social, los hace visibles como actores, superándose la etapa de investigación sociológica de procesos sin sujeto y de excesiva determinación económica que en algunos periodos fue la manera dominante en que se investigó también la salud desde la sociedad.”*⁴²

➤ Las investigaciones en el área de la sociología médica deben estar acordes a los cambios y transición epidemiológica, es decir, se requiere un apoyo de esta disciplina para impulsar estudios que den cuenta de la naturaleza de las enfermedades por ejemplo crónicas, cuya naturaleza convoca a analizar los estilos o condiciones de vida de las poblaciones, la relación entre éstas, la estructura social y de poder.

➤ La utilización de la metodología cualitativa, que haga acopio de métodos como el interaccionismo simbólico o la fenomenología y técnicas como las historias de vida, para desarrollar investigaciones en sociología médica es pertinente y necesaria si el interés es conocer la percepción y representación de las enfermedades en la vida de las colectividades. Aunque con esta invitación no se desvirtúa la necesidad que la Sociología continúe evaluando con precisión los efectos de la estructura sobre los individuos.

➤ *“Para el caso latinoamericano, conviene a la Sociología médica avanzar en varias dimensiones de la experiencia, además de la trayectoria, la carrera y el manejo del tratamiento. El interés sería profundizar en la identidad y en el estigma. Pero también conviene profundizar en las formas y en el contenido de tal experiencia, como en los sentimientos, los estados de ánimo, etc., ante la ausencia/presencia de síntomas o el uso de la atención médica.. Recuperar las historias y capturar la voz de los sujetos enfermos, ya que son incontables las de los médicos. La incorporación de las experiencias de estos sujetos terminan tocando temas como la organización y democratización del sector salud. Hasta este momento, el Estado, el gremio médico y los sectores dominantes han sido los actores privilegiados en la formulación de políticas y programas de prevención, atención y control de las enfermedades (crónicas), lo que ha implicado la exclusión del resto”*⁴³

⁴² ARELLANO, Oliva y PEÑA, Florencia. Op.cit., p. 93

⁴³ MERCADO, Francisco, et al, The patient's perspective. Reflections on past, present, and future in the chronic illness experience. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1999, p.184

“Se hace más evidente la necesidad de incorporar a la comunidad o a otros actores sociales en la toma de decisiones en materia sanitaria, en nuestro medio poco se ha avanzado en los mecanismos concretos para “escuchar” e incorporar sus puntos de vista, iniciativas y demandas para mejorar la atención médica. El rescate del punto de vista de quienes padecen posibilita contar con otros elementos a ser incorporados en la elaboración de programas en materia sanitaria; ello es fundamental en un medio en el cual se acrecientan las carencias y desigualdades en el acceso a los recursos, como es Latinoamérica. La propuesta también implicaría la revaloración de numerosos proyectos de organización y participación de los propios sujetos sociales en el campo de la salud, como los grupos de autoayuda o ayuda mutua, las asociaciones de enfermos crónicos y la participación de promotores, voluntarios y los cuidadores en este campo”⁴⁴

⁴⁴ Ibid., p. 185

Tabla 2. ESQUEMA HISTÓRICO DE LA SOCIOLOGÍA MÉDICA EN AMÉRICA LATINA 1950-1986

TEMAS	ENFOQUE TEÓRICO	FUENTE	INSERCIÓN INSTITUCIONAL	PRODUCCIÓN
Relación Estructura Social-salud Modo de producción. Educación Médica (proceso de formación)	Estructural funcionalismo Materialismo Histórico (Althusser, Poulantzas) Epistemología (Canguilhem, Foucault)	Bibliográficas secundarias	Cátedras de Medicina Preventiva y Social	Seminarios, cursos, artículos. “ Educación Médica en América Latina”
Medicamentos Salud Ocupacional Salud materno –infantil Epidemiología Estado Educación Médica Salud urbana	Materialismo Histórico (Gramsci y Marx) Teoría de la dependencia Sociología y política de la salud (Navarro, Berlinguer, Pollack, Maccacaro, Foucault).	Secundarias (históricas) Primarias	Facultades Universidades Posgrados	Maestrías Licenciaturas Libros, colecciones Congresos Asociaciones

Fuente. Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas .p. 241

2. REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ECNT: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN

Este capítulo tiene como objetivo presentar los resultados más sobresalientes de la investigación, la intención es que el lector conozca en detalle el proceso de salud-enfermedad de los informantes que participaron. Toda la información consignada en este aparte es la realidad que vio y escuchó la investigadora sin interferir al respecto⁴⁵.

Inicialmente se ofrece información respecto a cómo viven los sujetos hoy la enfermedad, luego se describen los estilos de vida que han apropiado a partir del diagnóstico, para finalmente reconstruir la trayectoria de vida- familiar- y antecedentes de ECNT y su manejo. Este aparte es la descripción de los hallazgos de la investigación, contiene la especificación de las categorías axiales y emergentes, para mayor comprensión se ha dividido en tres bloques temáticos, finaliza

- Percepciones variadas alrededor de la ECNT y la salud
- Estilos de Vida (EV)
- Trayectoria de Vida
- Reflexión sobre el impacto las ECNT en la vida de los sujetos

De manera retrospectiva se explicita el proceso de vivencia y surgimiento de la enfermedad en 40 informantes inscritos actualmente en los programas de control de DM2 y HTA de entidades de salud del régimen de salud subsidiado, contributivo o medicina prepagada.

Es preciso explicitar que al hacer el análisis por edad y sexo los discursos de los informantes son muy similares, no se evidencian diferencias significativas salvo algunas categorías. Mientas el régimen de salud, la patología y el nivel de complicación si muestran aspectos disímiles con relación a la comprensión del surgimiento de la enfermedad y el impacto en la vida de los sujetos participantes. Las diferencias más

⁴⁵ Los subtítulos que están presentados entre comillas son expresiones extraídas textualmente de las entrevistas.

notorias entre los informantes se establecieron por la patología y el régimen de salud al cual estaban afiliados, categoría a través de la cual se operativizó el concepto de clase, tal y como se argumentó en la presentación de este documento.

2.1 PERCEPCIONES VARIADAS ALREDEDOR DE ECNT Y SALUD

Esta sección se divide en tres categorías: percepciones, conocimientos y vivencia de la ECNT; cada una de ellas aporta información respecto a cómo los sujetos viven actualmente su proceso de enfermedad.

Se indaga con los informantes la percepción que tienen de su diagnóstico, específicamente qué representa en su vida y el significado de ser denominado hipertenso y/o diabético. Del mismo modo su opinión respecto algunos imaginarios sociales asociados a la aparición de estas enfermedades.

El diagnóstico de DM2 e HTA representa un riesgo percibido, bajo o alto, dependiendo de la patología y su nivel de complicación. La HTA-RB tiene menor importancia: *“no la he tomado así como que es de alto riesgo”*⁴⁶, no se identifica mucha gravedad debido a que es asintomática o presenta pocos síntomas. Cuando existe antecedente familiar la aparición de la enfermedad se ve de manera más “natural”, casi esperada. Independiente del régimen de salud reconocen que el diagnóstico puede complicarse, pero evitarlo depende, sobre todo, de restarle importancia o cambiar los estilos de vida. Los informantes de medicina prepagada son quienes mayor relación establecen entre cambiar sus hábitos a prácticas más saludables y evitar el descontrol de la enfermedad.

La HTA-RA se percibe de mayor gravedad: *“mayor riesgo de morir”*⁴⁷, hay mayores síntomas y el antecedente familiar hace normal y llevadero el proceso de la enfermedad, por ello su aparición tampoco fue leída de manera sorpresiva: *“No es tan duro cuando hay antecedente familiar, se puede convivir con ella, siempre y cuando haya cuidados.”*⁴⁸

⁴⁶ MUJER, HTA-RB, RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁴⁷ MUJER, HTA-RA, MEDICINA PREPAGADA

⁴⁸ HOMBRE, HTA-RA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

La presencia de DM2 trajo cambios radicales: “cambio muy drástico, ya no puede uno hacer un carajo”⁴⁹. Existe relación traumática entre el manejo de la enfermedad y su representación social: “...cambio muy drástico, no me gusto mucho eso, uno se tiene que abstener. Me hablaban pues de que me iba a morir”⁵⁰. El antecedente familiar no cobra ninguna relevancia se presentó sólo en hombres, las mujeres entrevistadas son los primeros casos en su familia.

La presencia de DM2 e HTA representa un riesgo mayor: “cuando ya tiene las dos enfermedades mortales, si ya uno debe preocuparse más”⁵¹. Indistintamente del régimen de salud el diagnóstico fue inesperado, existía la creencia que estas enfermedades se presentaban en personas de mayor edad.

Los informantes del régimen subsidiado y contributivo se sienten tristes, aburridos y temerosos frente al diagnóstico; quienes padecen DM2 temen a las situaciones que implica convivir con la enfermedad y lo que vendrá en adelante, sobre todo, por lo que han escuchado y han visto en la experiencia de otros. No hay convicción en que cambiando los estilos de vida, la condición de salud mejore, por el contrario se hace mayor énfasis en que ésta empeorará. Son sensibles a la apreciación social de su enfermedad, están más influenciados por la connotación negativa, tienen un nivel menor de aceptación y convivencia con el diagnóstico, lo que hace que su cotidianidad sea más traumática. Un informante manifiesta mayor aceptación, asimila el diagnóstico positivamente lo ve como oportunidad de cambiar sus estilos de vida, mejorando y viviendo el presente sin pensar en consecuencias o implicaciones futuras, hace caso omiso a la connotación social negativa de esta patología: “es un sentimiento de mucha tranquilidad porque aprende uno a ver la vida desde otro punto de vista”⁵²

El diagnóstico no ha impactado la manera de pensar de los informantes con HTA, tienden a negar su condición y minimizar la gravedad. Los sujetos de medicina prepagada son proclives a no compartir su situación de salud con muchas personas, lo ven como

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ MUJER, DM2, RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁵¹ MUJER, DM2 e HTA , RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

⁵² HOMBRE, DM2, MEDICINA PREPAGADA

algo “natural” debido a los antecedentes familiares: *“No es tema de comentar a la gente, de estar comentando en los círculo”*⁵³

Los sujetos con DM2 tienen opiniones divididas: por un lado no ha tenido mayor significado, la clasifican como algo “normal”, para otros ha generado sentimientos de tristeza e incomodidad. La misma situación se presenta en sujetos con DM2 e HTA, aunque hay diferencia entre las opiniones de mujeres y hombres: las mujeres significan la enfermedad de manera traumática expresada en sentimientos de vergüenza, rabia y malestar, sienten que la connotación social negativa de la patología influencia su estado de ánimo: *“Huy sí, yo a eso si le tenía un miedo, es que por aquí mucha gente, la gran mayoría se había muerto de eso y una señora murió cieguita. Cuando me dicen que soy diabética, me hieren los sentimientos”*⁵⁴. Para los hombres es algo “normal” que se presenta en muchas personas, tratan de acomodarse a la condición y ajustar su vida cotidiana a la misma:

*“pues yo lo tomo..., que le digo, psicológicamente trato de tomarlo en la forma más normal, vivir los días que me queden sean poquitos o sean hartos pero vivirlos tranquilamente. Bregar por trabajar, por hacer algo, ósea por el resto de días hacer una vida útil que ya no la pueda hacer como la hacía antes. No ser una carga para nadie o que la familia me diga pobrecito, tratar yo de hacer una vida útil, de ganarme mi dinero y antes poderles ayudar hasta los que estén aliviados [...] no, para nada, a mí en este momento me pueden decirme tiene cáncer, a mí ya no...o sea lo tomo como normal, no me estresa”*⁵⁵

Los informantes expresan que estas enfermedades se pueden presentar en cualquier sujeto se conocen personas de distintas razas y clase social con estas patologías; igualmente los informantes se inquietan por saber por qué en muchas ocasiones estas enfermedades se presentan a pesar de que las personas tienen estilos de vida saludables. Sin embargo, no son ajenos a la creencia de que su aparición está asociada a la raza, el género y la clase

⁵³ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

⁵⁴ MUJER, DM2, RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁵⁵ HOMBRES, DM2 e HTA, RÉGIMEN SUBSIDIADO Y MEDICINA PREPAGADA

social: *“de pronto lo de la clase baja en términos de alimentación, sí el tipo de alimentación que se lleva y términos de calidad y lo de la etnia negra. Yo siempre he escuchado más casos de mujeres hipertensas pero nunca he investigado la razón, pero escucho que son más mujeres que hombres”*⁵⁶

“le da más a la raza negra”

Mujer, HTA-RA-Régimen Contributivo-POS

La HTA afecta en mayor medida a personas “negras” son diversas las opiniones que soportan esta creencia: algunos de los informantes lo explican por ser esta su condición, otros han escuchado- tanto de personas “del común” como de profesionales de la salud- esta afirmación o conocen casos; dos informantes que se desenvuelven en el campo de la salud expresan que en sus experiencias de trabajo la mayor población con esta enfermedad era negra: *“recuerdo que cuando trabajaba en Buenaventura, sí a mí me asombraba que muchas de las estudiantes me contaban: que mi mamá está enferma con esa hipertensión y diabetes. Muy recurrente en los discursos de las chicas con respecto a su mamá, su abuela y su tía”*⁵⁷. Finalmente, la raza negra es más sensible a esta patología porque sus hábitos alimenticios no siempre son los más adecuados *“no se cuidan, comen mucha grasa, mucha harina.”*⁵⁸

Con relación a la influencia de la clase social, referenciada por ellos desde la condición económica, se presentan opiniones divididas de acuerdo a la patología. Los informantes diagnosticados con HTA-RB creen que sí influye, mejorar o tener estilos de vida saludables se asocia con la capacidad económica para acceder a las prescripciones hechas por los profesionales de salud.

Los informantes diagnosticados con HTA-RA y DM2 e HTA plantean que no necesariamente tener resuelta la condición económica es garantía de ausencia de la patología, en muchas ocasiones las personas de clase social alta también presentan estos padecimientos.

⁵⁶ HOMBRES, HTA-RB-, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

⁵⁷ MUJER, HTA-RB-, MEDICINA PREPAGADA

⁵⁸ MUJER, HTA-RA-, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

Un sujeto diagnosticado con DM2 e HTA, del régimen subsidiado, expresa que si la raza y la clase social está asociada con la aparición de las enfermedades es porque las personas de raza negra y estrato bajo desempeñan: “...trabajos bien pesados y tienen que comer algo bien fuerte digamos chontaduro, plátano, yuca, papa, arroz, caldo muy poco, ¿si me entiende?, eso para poder resistir el trabajo tan pesado”⁵⁹

Con referencia a la influencia del género los sujetos diagnosticados con HTA-RA del régimen subsidiado, creen que las mujeres son más propensas a esta la patología pues consultan más los servicios de salud o son más vulnerables que los hombres:

“hombres habrán tres, las mujeres son 10, 20, eso es por cantidad, son más mujeres. De pronto el hombre es más haragán, más perezoso para eso, más descuidado. Es que les toca un control y seguir una rutina diferente y todo, pero antes no creo que el hombre se preocupe de eso, no todos, uno no puede generalizar pero he notado eso, es como más descuidado al respecto.”⁶⁰

Los informantes del régimen contributivo y medicina prepagada manifiestan que la asociación entre HTA, género y clase no la habían escuchado antes, en cambio ratifican la relación de su aparición con la raza: “Que la raza negra sí, en ellos se presenta mucho la hipertensión por su raza y no son hipertensiones leves, a tener presiones más elevadas que otras razas. Lo de mujeres y de estrato, nunca lo había escuchado”⁶¹

Se indagó qué situaciones precipitan el descontrol del diagnóstico. Es decir, qué genera el aumento en la presión o eleva los niveles de azúcar. Los eventos que en mayor medida precipitan el descontrol de la enfermedad están referidos a cuestiones de orden emocional, específicamente el estrés: las preocupaciones, las angustias, la rabia, la frustración, en parte por no acostumbrarse al proceso de enfermedad: “...estresado, el trasnocho, preocupación, hay veces hay problemas internos acá.”⁶² Seguido, la falta de cuidados en la alimentación, el ingreso es un factor determinante para acceder a la

⁵⁹ HOMBRE, DM2 e HTA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

⁶⁰ MUJER, HTA-RA, REGIMEN SUBSIDIADO

⁶¹ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

⁶² HOMBRE, HTA-RA-, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

compra de los alimentos prescritos por los profesionales de salud. Sin embargo, una vez se confirma el diagnóstico el factor económico no representa una limitante, más es la condición de que dichas recomendaciones alimenticias no están acordes con el patrón cultural, no hay gusto, motivo relevante al momento de decidir no continuar con la dieta sugerida:

“los pobres nos gusta comer mucho frito, muchas cosas de esas y los ricos se comen las cosas como crudas y las ensaladas, en cambio los pobres sólo fritos y comen más poquito. Uno pobre sólo calma es comer y comer, las angustias de otras cosas las calma con comida por eso es que el pobre se mantiene alardeando que los ricos aguantan hambre, no es que aguanten hambre si no que tienen su dieta y saben comer, comen más bueno”⁶³

2.1.1. FORMAS DE TRATAMIENTO, INFORMACIÓN PREVIA Y POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO

Este acápite señala la información sobre la enfermedad que tenían -antes del diagnóstico- y tienen -pos diagnóstico- los informantes, el propósito es identificar si existen avances con relación al conocimiento de la misma.

La información previa sobre estas enfermedades procedía, sobre todo, de los datos suministrados por algún familiar también diagnosticado, comentarios informales, medios de comunicación, a través de un profesional de la salud y sobre las formas de tratamiento:

Las personas diagnosticadas con HTA-RB conocían sobre el régimen alimenticio que seguían personas con esta patología, la definían como un problema o enfermedad de gente adulta, información sobre algunos síntomas: dolor de cabeza desaliento, sueño frecuente, factores de riesgo asociados: consumo de alcohol, cigarrillo, inactividad física, alimentación inadecuada y que era una enfermedad que antecédía a la DM2, grave y asintomática, lo que la hacía más peligrosa: “yo tuve muchos episodios donde me podía

⁶³ HOMBRES, HTA-RB-, RÉGIMEN SUBSIDIADO

*doler la cabeza y todos los síntomas que yo ya los conocía porque mi mamá es hipertensa. Digamos que muy generales, yo sabía por ejemplo que el hecho de fumar en exceso, de no hacer ejercicio, de consumir alcohol, de tener malos hábitos alimenticios eran factores determinantes para la enfermedad, esa era la información que yo tenía.”*⁶⁴

Quienes están afiliados al régimen contributivo y de medicina prepagada se han documentado sobre el contexto de la enfermedad, población que afecta, formas de tratamiento, cambios en poblaciones afectadas y sobre su naturaleza: *“Leer algo sobre la droga que me estoy tomando, yo sé que toda medicación tiene su efecto, entonces lo busco”*⁶⁵

Informantes con HTA-RA desconocían del todo este padecimiento: *“la verdad no tenía conocimiento mucho de eso, [...] nunca había escuchado, no sabía nada. Uno como no sabe nada de eso”*⁶⁶. Otros sujetos con el mismo diagnóstico tenían información sobre la existencia de la enfermedad y formas de manejo: *“...evitar que los excesos de harina que comer mucha grasa podía dañar la presión, el inactividad física. Disminución en consumo de sal, no comer tanta grasa, todo más cocinadito, verduritas y todo eso”*⁶⁷, conocimientos sobre las causas: herencia, raza y estrato socioeconómico. Se creía que era una enfermedad de menor gravedad, había casi total desconocimiento de los riesgos: *“sabía que mis padres eran hipertensos. No lo tomaba así como hay que tener cuidado que era muy complicado, no, normal, como si fuera una gripa. Ignoraba las consecuencias que tenía eso, los riesgos.”*⁶⁸. No tienen explicación clara de qué la produce, explican la aparición del evento sólo desde algunos factores de riesgo como por ejemplo, consumo de cigarrillo, alcohol, inactividad física y alimentación inadecuada. Igualmente tienen conocimiento sobre el efecto de esta enfermedad:

“es una enfermedad que puede atacar a jóvenes y a nosotros que estamos de edad, ósea que cualquier momento, cualquier persona puede sufrirla: sea joven, sea ya de edad, osea que es una enfermedad que llega momentáneamente a uno, que sufra

⁶⁴ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

⁶⁵ HOMBRE, HTA-RB-, MEDICINA PREPAGADA

⁶⁶ HOMBRE Y MUJER, HTA-RA, REGIMEN SUBSIDIADO

⁶⁷ MUJER, HTA-RA-, REGIMEN SUBSIDIADO

⁶⁸ MUJER, HTA-RA-, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

*de hipertensión. Es una enfermedad por lo menos que si uno se descuida puede llevarlo a uno a la muerte, por el corazón, osea no será porque la sangre no le está circulando bien a uno, osea yo hasta ahora no lo sé. Yo prácticamente no he leído, no he estudiado de que depende la hipertensión y por qué le da a la gente”*⁶⁹

Quienes tienen diagnóstico de DM2 no tenían idea de qué causaba esta patología, pocos refieren esta información: por consumir altas porciones de azúcar, factor genético-hereditario, inactividad física o alimentación inadecuada: *“pues inicialmente uno se vuelve un problema, porque es que todo el mundo le dice a uno que tiene diabetes, y uno... como así... ¿usted toma azúcar? porque es que... usted ingiere azúcar porque tiene diabetes, pero a mí nunca me ha gustado el dulce y decía: ¿pero yo con diabetes, pero si nunca como dulces?, solamente no más tomaba en el tinto, yo tenía entendido que la diabetes era una sobrecarga de azúcar en la sangre”*⁷⁰. Del mismo modo mencionan que conocían sobre la gravedad de este diagnóstico, causante de amputaciones o pérdida de la visión, muerte y consecuencias en el daño de órganos, la refieren como algo “terrible”. Tienen mayor conocimiento sobre las causas, naturaleza de la enfermedad y los síntomas: *“ahora es que yo vengo a darme cuenta que fue por el mal estado de la alimentación. Hay gente que nace diabética y ya es con insulina que se tienen que inyectar”*⁷¹. Hacen referencia a los riesgos, los informantes del régimen subsidiado son quienes más advierten conocer al respecto.

Los informantes con DM2 e HTA hacen alusión más a la DM2 que a la HTA dadas sus consecuencias negativas: *“Quedar ciega, también uno puede quedar calvo [...] diálisis, eso puede morirse en cualquier momentico o de cualquier emoción, más que todo es lo que es más peligroso”*⁷². Sabían además que la HTA compromete el corazón, que el medicamento es la manera más frecuente de tratarla, aluden síntomas, consecuencias, que es una patología que se desarrolla lentamente. Pocos hablan de las dos patologías, señalando factores de riesgo: consumo de cigarrillo y alcohol o que son hereditarias.

⁶⁹ MUJER, HTA-RA-, REGIMEN SUBSIDIADO

⁷⁰ HOMBRE, DM2, REGIMEN CONTRIBUTIVO-ESPECIAL

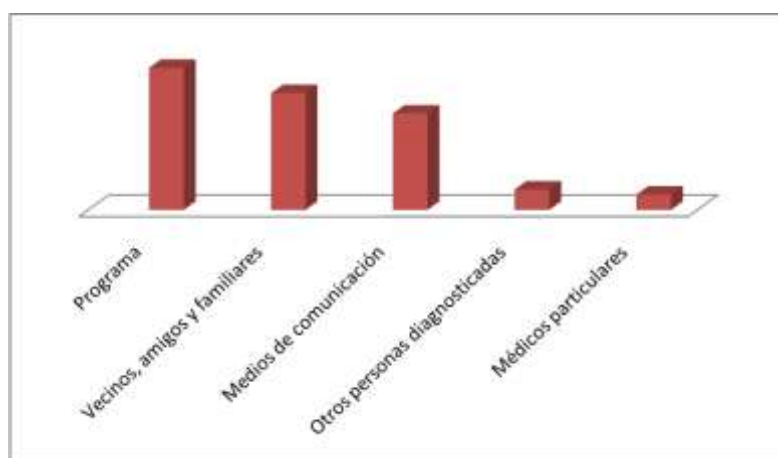
⁷¹ HOMBRE, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

⁷² DM2 e HTA, MUJER REGIMEN SUBSIDIADO Y HOMBRE REGIMEN CONTRIBUTIVO- POS

Tienen mayor conocimiento sobre los riesgos y efectos negativos: “a la insulina le tengo pavor porque siento que ese es el final de la enfermedad, para mí es como lo ultimo ya cuando usted se está muriendo es que le colocan insulina porque ya no hay nada más que hacer”⁷³, refieren menos asuntos con relación a los síntomas o causas de la enfermedad.

En general, hoy hay un conocimiento mayor sobre la naturaleza, la gravedad y formas de tratamiento de las patologías. Esta información procede principalmente de los programas de control (médicos generales, enfermeras y algunos especialistas), vecinos, familiares, amigos, medios de comunicación: internet, radios, revistas especializadas y televisión y otras personas diagnosticadas y médicos particulares.

Tabla 3
Fuentes de información sobre ECNT, después del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia⁷⁴

2.1.2. VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

El interés de este aparte es señalar el proceso de cómo ha sido vivido y significado el diagnóstico. Se divide este relato en dos momentos: proceso de diagnóstico, inicio de la enfermedad y proceso posterior al diagnóstico, acoplamiento a la enfermedad.

⁷³ MUJER, DM2 e HTA, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

⁷⁴ Este gráfico se construye a partir de la información cualitativa que los informantes suministraron en las entrevistas; para efectos de la presentación la investigadora decide mostrarlo de esta manera.

DIAGNÓSTICO

Se indagó la percepción que tenían sobre las señales previas a la confirmación médica. El interés investigativo era identificar qué tanto asociaban libremente una sintomatología particular con la presencia de estos padecimientos, pues la literatura señala que estas patologías no presentan ningún síntoma.

Antes de ser diagnosticados con HTA-RB tenían dolor de cabeza, decaimiento, sueño y calores intensos. Sin embargo no se asociaron previamente estas manifestaciones con ECNT, por el contrario se creía que dichos síntomas tenían que ver con cualquier otro padecimiento. Esta lectura es coherente con el acápite anterior que dejó en evidencia que la información que estas personas poseían previo al diagnóstico era fundamentalmente sobre la gravedad, poco referido a las causas o sintomatología: *“A mí no me había molestado nada [...] no tenía síntomas, bueno llega un momento en que tengo que ser hipertenso ya mis arterias no son elásticas como las tenía los 25 ó 26 años”*⁷⁵

Los informantes con HTA-RA, DM2 y DM2 e HTA asocian el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol, inactividad física y alimentación inadecuada, el estrés, la angustia, las ansiedades y el manejo poco efectivo de las situaciones cotidianas son señales de la presencia de la enfermedad. Igual que el párrafo anterior no se asociaron previamente estas manifestaciones con ECNT:

*“mucho cansancio, sueño, me dolía la cabeza. Me cansaba y si me agachaba me mareaba y tenía que sentarme y todo me daba vuelta”*⁷⁶

*“ tenía preocupaciones a veces me veía azarado, no dormía”*⁷⁷

“No sé por qué me dio a mi diabetes, seguro porque tomaba mucha gaseosa. No sé si sea verdad o mentiras que dice la

⁷⁵ HTA-RB, HOMBRE REGIMEN SUBSIDIADO Y HOMBRE MEDICINA PREPAGADA

⁷⁶ MUJER, HTA-RA, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

⁷⁷ MUJER, DM2 e HTA, REGIMEN SUBSIDIADO

*gente, mi mamá le echa la culpa que porque yo me comí un pastel”*⁷⁸

Indistintamente del régimen de salud y la patología el diagnóstico de ECNT fue “casual”, sólo un informante del régimen subsidiado fue diagnosticado durante un chequeo preventivo que él había solicitado a su entidad de salud, los demás informantes consultaron a sus entidades de salud por razones diferentes a un tamizaje de DM2 o HTA, lo hicieron porque no lograban explicar sus síntomas: *“estaba una vez en imbanaco y le dije a esta pelada, la auxiliar de enfermería: ve vení tómame la presión, fue como un hallazgo casual. [...] fue en urgencias, yo nunca fui a una cita médica sino hasta que fue la 4 ó 5 vez que me paso eso y entonces ahí en el diagnostico revisaron toda la historia en el examen que hicieron en ese momento pues se determinó que era hipertensión”*⁷⁹.

Una vez se confirma el diagnostico son practicados los procedimientos de rigor de acuerdo al protocolo de atención, sólo a un informante con HTA-RA del régimen contributivo no le fue practicado ningún procedimiento médico formal. La confirmación del diagnóstico de los informantes de medicina prepagada fue complementada con procedimientos especializados.

Con diagnóstico definido los profesionales de salud proceden a explicar aspectos pertinentes a la patología, sobre todo el tratamiento, se hace énfasis en la necesidad de hacer cambios en los estilos de vida, especialmente lo referido a los hábitos alimenticios y la importancia de la toma del medicamento: *“ellos no le preguntan si uno está haciendo lo que ellos dicen, ellos igual. Mejor dicho, uno va en este momento al hospital solamente para que le den la droga es lo único o para que le manden exámenes”*⁸⁰

Se explica además, aunque en menor proporción, que las causas de la ECNT están relacionadas con factores genéticos y con estilos de vida - fundamentalmente por tener hábitos alimenticios no saludables: consumo en exceso de harinas, grasas y azúcares, para el caso de los informantes con diagnóstico de DM2-. Pocos fueron los casos en los que los profesionales de salud indagaron con los informantes sobre cómo eran sus estilos de

⁷⁸ HOMBRE, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

⁷⁹ HTA-RB, HOMBRE REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS Y HOMBRE MEDICINA PREPAGADA

⁸⁰ Ibid.

vida, previo al diagnóstico: qué alimentación consumían cotidianamente, a qué se dedican, qué posibilidades tenían de hacer cambios reales en sus hábitos alimenticios, si consumían o no cigarrillo y alcohol o si realizaban alguna práctica deportiva.

Los informantes son orientados principalmente por el cuerpo médico sobre la necesidad de cambiar los estilos de vida y la importancia de tomar el medicamento. El tiempo de diagnóstico y el momento de inscripción a los programas no siempre correspondió, en muchos casos los sujetos fueron diagnosticados y tiempo después iniciaron el tratamiento. Así, transcurrió un periodo de tiempo en el cual los informantes no hicieron ningún manejo formal de la patología. (anexo 6, tabla comparativa tiempo de diagnóstico-tiempo de tratamiento).

Al preguntar qué cambios evidenciaron entre hacer parte de los programas o no, la respuesta general coincide en señalar que no sintieron mayor diferencia entre estar o no en el tratamiento: *“no, yo me hago el control, yo me hago el control. Ninguna institución me lo está haciendo, me lo estoy haciendo yo y creo que de por vida voy a seguir así con este, con este, virus”*⁸¹

Para los informantes del régimen subsidiado y contributivo el proceso terapéutico asignado fue el mismo: inscripción a un programa de control, casi al mismo tiempo en el que fueron diagnosticados, donde serían atendidos con el propósito de evitar posteriores complicaciones. En este control serían orientados por un profesional de enfermería y por un médico general. Para el caso de los informantes de medicina prepagada fue particularizado, tuvieron la opción de elegir al profesional de salud que los acompañara por lo general médicos especialistas, internistas o cardiólogos: *“digamos ese cambio paulatino, no significaba la renuncia total y la incorporación de esos otros alimentos integrales que no me gustan... sino que con los mismos de verdad iba bajando... yo si... yo misma dije, yo no vuelvo donde la internista hasta que de verdad haya bajado”*⁸²

En coherencia con iniciar un proceso de control y tratamiento de las patologías los sujetos apropiaron, inicialmente, prácticas acordes con las prescripciones médicas (cambios en

⁸¹ HOMBRE, HTA-RB, RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁸² MUJER, THA-RB, MEDICINA PREPAGADA

los hábitos alimenticios e inicio de la toma del medicamento): *“tomándome unos medicamentos, pero es que uno empieza bien, y luego se va desorganizando, uno sabe que es bien para uno. Pero ya luego con el tiempo ya uno como que se va cansando de eso. Apropiación de la dieta, vamos a hacerlo porque ya es algo muy necesario, pero a los tres días estás que te morís de hambre, ¿sí?, uno no aguanta”*⁸³

Los profesionales de salud orientaron sobre la necesidad de transformar radicalmente las prácticas, los alimentos sugeridos eran económicamente costosos o desconocidos completamente, no hacían parte del régimen habitual, una experiencia poco agradable - sobre todo para los informantes del régimen subsidiado y contributivo-: *“perentorio bajar de peso, por lo tanto cambiar de hábitos alimenticios, meterme a un rollo nutricional, puede comer una tajada de papa, un mundo de cosas verdes y una radiografía de carne asada, entonces vi ese plato, yo intente pero realmente era salvaje”*⁸⁴

Para informantes de medicina prepagada esta experiencia fue más llevadera debido a que tenían incorporadas algunas prácticas que sólo debieron ser reforzadas luego del diagnóstico:

*“Bien, no tuve ningún problema, ahora por la mañana me tengo que tomar mis pepas, las tengo en mi nochero, tengo mi pastillero marcado mañana y noche es una cuestión de rutina. Empiezo a tomar la pepa y ajustar mucho más las medidas. Harinas menos dulces y mermar el consumo de vino, sólo una copa. No, de ahí en adelante todos han sido así, ellos, mis hijos interiorizan eso y le apuestan a eso”*⁸⁵

Tomar los medicamentos transcritos de manera constante de acuerdo a las orientaciones médicas fue un proceso difícil que requirió implementar estrategias de recordación: *“tomar los medicamentos en la mañana y la tarde se acostumbra uno, como cuando te*

⁸³ HOMBRE, HTA-RB, RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁸⁴ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

⁸⁵ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

tienes que levantar y el despertador”⁸⁶. El apoyo familiar fue importante en este proceso: “medicamentos sí, acordarme sí porque yo no estaba enseñado, ella me decía que vea que vea y yo que ya me la tome pero ella siempre, ella siempre le recuerda ella siempre pues será porque me cuida”⁸⁷

Los informantes del régimen subsidiado y contributivo acogieron inmediatamente los cambios sugeridos: *“ya es un régimen que tengo que estipular, a mi me mandaron a tomar leche deslactosada que sabe agua, no sé si es porque como ahora estoy en la casa pues uno a cada ratico se toma un vaso de jugo con leche”⁸⁸*. Los informantes de medicina prepagada fueron incorporando poco a poco estas orientaciones.

Los informantes diagnosticados con HTA-RB manifiestan que durante este periodo inicial fue ausente el servicio de salud que se ocupaba de decir qué se debía hacer, pero no de acompañar el proceso de adaptación, ni dar orientación de cómo hacerlo. Contrario, los informantes diagnosticados con DM2 fueron motivados y acompañados por los profesionales de la salud, tanto para orientar la apropiación de nuevos hábitos como el proceso adaptativo. Los informantes diagnosticados con HTA-RA y DM2 e HTA no expresan ninguna información al respecto.

POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO

Fue diferencial, dependiendo del régimen de salud, la manera en que se fueron solidificando los cambios en los hábitos cotidianos. Para los informantes del régimen subsidiado y contributivo atender las enfermedades radica en asistir a un programa institucional para su control. En estos espacios, los profesionales de la salud valoran la condición de las personas desde sus conocimientos médicos, no se analiza contextualmente la historia de vida del paciente: cuál es su oficio, cuáles son sus prácticas habituales, qué tanta posibilidad tiene de asumir las prescripciones. Otro aspecto del programa son los espacios educativos: las charlas e información de folletos, éstas están dirigida a dar instrucciones sobre el tratamiento, especialmente lo que tiene que ver con el cambio de hábitos alimenticios sin mayor explicación de cómo hacerlo, sólo indican los

⁸⁶ HOMBRE, HTA-RA, RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁸⁷ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN SUBSIDIADO

⁸⁸ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN SUBSIDIADO

cambios que tienen que hacer los pacientes. Para quienes están diagnosticados con HTA el programa consiste en una visita mensual al centro hospitalario, que dura de 10 a 15 minutos, son atendidos por la profesional de enfermería quien les indaga sobre cómo se han sentido, la frecuencia con la toma del medicamento y monitorea la presión. Posteriormente le es entregada la fórmula para reclamar el medicamento que deben consumir el mes posterior al control. Aproximadamente cada tres meses son atendidos por el médico general, quien revisa los exámenes de laboratorio y orienta sobre la manera de mantener la presión en niveles normales: consumo de alimentación saludable y toma de medicamento:

“Ningún especialista, cero la EPS, nada; simplemente control. Hace las recomendaciones generales de alimentación y hábitos pero de remisión a un especialista no. Era toma de presión recién llegado, luego toma de presión reposado, me examinaban, me tomaban el peso, me daba la dosis, me decía ve la pasta cómo va, me daba la dosis de la pastilla, recomendaciones, qué ha pasado. Me informaba sobre los riesgos; pero era básicamente esa rutina: tomada de presión y la dosis de la pasta”⁸⁹

Los informantes del régimen subsidiado expresan que no son interpelados sobre su proceso de tratamiento, ni se hace mención sobre los estilos de vida que están llevando. No han sido atendidos por otros profesionales de salud distintos a médico general y enfermera; son pocas las charlas y conferencias que sobre las ECNT les han brindado. Por lo general, los informantes que hacen parte de este grupo son de actitud pasiva, asisten y reciben la medicación y están más receptivos y menos críticos a lo que los profesionales de salud orientan. Se sigue con ellos, un protocolo casi estandarizado; esta condición ha influido en que disminuyan la frecuencia en la asistencia a estos controles: *“pues para mí es un control, para saber cómo está la presión, enfermera y médico.*

⁸⁹ HOMBRES, HTA-RB, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

Pero el médico de vez en cuando me atiende..., cuando yo estoy enferma, o porque... otros problemas”⁹⁰

Para los informantes de régimen contributivo, además del protocolo se hace explícito un trabajo con charlas y conferencias. Los profesionales de salud se centran en dar mayores explicaciones frente a los riesgos y la severidad de la patología:

“Está el médico de familia, está el médico del programa, están las charlas mensuales y está el internista cada año, entonces cada seis meses te programan con el médico de programa de hipertensión y diabetes, cada mes debes estar asistiendo a las charlas donde te dicen la alimentación, y todo, y te entregan los medicamentos”⁹¹

Cuando los profesionales de salud no tienen explicación, por ejemplo para comprender el descontrol de la DM2, culpabilizan a los pacientes, argumentando que no cumplen con los tratamientos y las recomendaciones hechas. Hay un supuesto, los pacientes mienten: *“Ese programa no, ósea casi no le paran bolas. A veces no hay forma ni que el médico me vea ni de la medicina, ni nada, son regañones, yo que me voy a poner a pelear con ese señor, pero si es que usted no se toma el medicamento y le dije yo me lo tomo. Un médico me regañó es que ustedes no saben alimentarse”⁹²*. Se aplica el protocolo, dirigido por la enfermera, que consiste en medir el nivel de azúcar, chequear la toma de medicamento y el peso. Al ser orientados por el médico, dependiendo de su disposición, se amplía información y explicación frente a la patología:

“sobre los cuidados que había que tener de hipertensión, póngale cuidado a ésto que usted se puede morir en una crisis de esas que se le suba mucho la presión le puede dar un paro y es muy peligroso y usted tan pesado que es, que quede todo torcido. Hay unas personas con un don de gente increíble, si lo atienden a uno le dan buena respuesta, lo saben atender, saben hablar y si el don de gente que hay allí es muy bueno, es excelente. Ellos le dicen a uno que esa droga, que ese medicamento es muy bueno y que lo va a controlar”⁹³

⁹⁰ MUJER, HTA-RA-RÉGIMEN SUBSIDIADO

⁹¹ MUJER, HTA-RB, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

⁹² HOMBRE, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

⁹³ HOMBRE, HTA-RA, RÉGIMEN SUBSIDIADO

Los profesionales de la salud que laboran en entidades de régimen contributivo-especial se ocupan del paciente, contextualizando la patología e incluyendo la participación del grupo familiar en el tratamiento. En coherencia se aplican metodologías que permitan darle al paciente mayor información y conocimiento de la enfermedad, pero ésto es a discreción del profesional de salud:

“No, mejor dicho, yo digo que pocos médicos que realmente le dediquen tiempo pues al paciente y hablen con el paciente y le concienticen de las cosas. Le comunicaba, le comentaba muchas inquietudes y el ya entraba como a... pues darle el consejo. Uno le decía: vea doctor es que tengo este conflicto. Yo casi no iba al servicio médico, yo realmente ahora con esta enfermedad es que vengo a usar. Es bueno que se cuide porque aparte de la insulina ya no hay nada más. Cuando yo voy a un control me toman el azúcar, me toman la presión, me pesan, me miden y me dan la fórmula. "si tú te cuidas mueres de viejita, pero si tú no te cuidas...tú te vas a morir...", tienes que llevar una vida muy tranquila, deja tanta preocupación, tanto estrés, eso todo te... o sea, me complica, las preocupaciones tienden a subirte mucho el azúcar, disfruta tu familia, darte a conocer la gravedad de tu enfermedad, que no es una enfermedad cualquiera, es una enfermedad que requiere... que todos en familia entiendan, que hay que hacer. Usted tiene que educar a su familia, o sea, él me daba una información como íntegra en sí de la familia, de los cuidados, de lo que debo de comer, lo que no debo comer, ya ... de todo... ... a uno le hace el control muy completo”⁹⁴.

A los informantes diagnosticados con DM2 e HTA les es aplicado el protocolo: toma de presión, revisión de niveles de azúcar y peso. Los afiliados al régimen subsidiado manifiestan no tener mayor acompañamiento médico, no son atendidos por ningún especialista:

⁹⁴ MUJER, DM2, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

“es bueno saber cómo está uno, pero en otros no me gusta porque no cambia nada, vuelven y le dicen: nada de fritos, nada de harinas, nada de sal y ya váyase para la casa le mandan la droga que uno consume, a eso es que uno va. Ahora charlas sobre la enfermedad y todo eso no me ha tocado. De pronto lo animan a uno por que eso lo llena de aburrimiento yo voy porque ese medicamento porque dicen que la presión es traicionera. Programa que era de manos unidas que es como mas profundizar para las personas que están en alto riesgo y supuestamente yo aparezco ahí, lo pesan, le toman la presión y le preguntan si se ha sentido mal. Me preguntan los síntomas de la presión que si me ha dado el dolor de cabeza, si me ha dado mareo y ya de ahí me extienden la droga y ya”⁹⁵

Para los informantes de medicina prepagada, indistintamente de la patología, la relación con el control de la enfermedad es diferente, no siguen un protocolo similar, cada uno es tratado desde su particularidad, conocen sobre la efectividad del tratamiento integral, tienen la opción de elegir el médico tratante generalmente especialista, hasta encontrar con quien se sienten cómodos, entran con estos profesionales en diálogos de interacción:

“Siempre médico especialista. Son muy buenos y muy explícitos cualquier duda se la resuelven a uno y pues eso es muy importante. Tengo hospital en casa, uno le da más calidad de vida, o sea entre más personas tengas tú para consultar, que lo vean, eso le da más calidad de vida a uno. Prácticamente es una médica interna, ella está pendiente de todo y de cosas que de pronto el nefrólogo no lo ve. Nunca he estado en el programa de la EPS. No les creo, primero por la cuestión del tiempo, y lo otro, pues por la seguridad que tengo buenos médicos, los que son buenos entonces, son más que suficientes”⁹⁶

⁹⁵ MUJER, HTA-RA, REGIMEN SUBSIDIADO

⁹⁶ HOMBRE, DM2-HTA, MEDICINA PREPAGADA

La adherencia al tratamiento se entiende como la condición en la cual los informantes acatan y ponen en práctica, casi de manera definitiva, las prescripciones y orientaciones médicas para el manejo y control de la enfermedad. Han hecho cambios en sus hábitos alimenticios, asisten al control médico y toman la medicación.

A continuación se señalan las prescripciones a las cuales han sido más adherentes los sujetos durante su proceso de tratamiento, contrastado con los aspectos que han tenido mayor dificultad de apropiar, a pesar que los informantes saben que son requisitos para mantener el control en las patologías.

Han incorporado durante su proceso de tratamiento, aunque no definitivamente, diversas prácticas prescritas por los profesionales de salud: cambios en hábitos alimenticios principalmente disminución en el consumo de sal, harinas, grasas y mayor consumo de frutas y verduras, toma de medicamento, disminución en el consumo de alcohol y tabaco, aumento en el desarrollo de actividad física incorporación de actividades para el manejo de las emociones –estrés- y tratamientos de medicina alternativa.

La razón principal por la cual han incorporado las prescripciones ha sido el apoyo y acompañamiento de sus redes familiares: *“...por dirección de mi esposa ella hace los menús y las propuestas las hace ella y le tiene una lista de menús y de platos, por ejemplo en este momento no consumimos harina, en las noches no endulzamos los jugos, no endulzamos los cafés, nos acostumbramos a hacerlo así”*⁹⁷.

Quienes están diagnosticados con DM2 y con DM2 e HTA han hecho estas incorporaciones por estar sensibilizados frente a la gravedad del diagnóstico:

“...lo que tú me acabas de ver, mi fruta, todo eso conlleva es la disciplina de uno. Lo que yo he visto los talleres que hace el servicio médico pues he considero de que uno puede autocontrolarse. Hasta el momento yo llevo mi vida normal. Analizarnos nosotros mismos qué nos sirve y qué no nos sirve. Pues es difícil inicialmente porque es que quién se acostumbra a comer frutas nadie. Eso la sal le hace falta uno como un verraco

⁹⁷ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

*pero después ya usted se va habituando. Me dedique prácticamente a lo que me sirve: lo que son las verduras, lo que son los jugos naturales sin azúcar, lo que son las aguas sin azúcares y eso es lo que yo consumo”*⁹⁸

Informantes de medicina prepagada, paulatinamente fueron cambiando los hábitos, no sustituyeron radicalmente los alimentos que consumían cotidianamente; a través de procesos de negociación con el profesional de salud disminuyeron cantidades y alternaron alimentos: *“Primero la alimentación y segundo la educación en la droga, entonces a ese orden es que puedo contarle esto”*⁹⁹

Las prácticas, en su orden, que más ha causado dificultad apropiar son: el cambio de los hábitos alimenticios, el desarrollo de actividad física, la toma frecuente y constante del medicamento (anexo 7), asistir con regularidad a los controles médicos (anexo 8), dejar completamente el consumo de alcohol y cigarrillo, algunas razones de estos comportamientos son:

Para los informantes del régimen subsidiado y contributivo la dieta sugerida por los profesionales de la salud es costosa económicamente: *“eso le piden mucha cosa a uno, yo no tengo muchos recursos para estar que en una cosa que la otra, que colchoneta de dónde voy a sacar plata y para uno quedar mal así mejor no”*¹⁰⁰.

Para los informantes de medicina prepagada, la dificultad radica en que sus ansiedades y angustias los llevan a consumir alimentos no saludables: *“No ha avanzado mucho en la reducción de peso pero veo que la presión bajó, pero comer es tan rico. Los gorditos somos ansiosos nos da por comer y a veces hay cosas muy ricas entonces en ese momento prima como el placer del sabor, pero en el fondo las cosas no van a ayudar. Si he manejado, he tratado de manejar mucho el volumen de comida pero es un factor que tendría que introyectar mucho más para lograr el objetivo”*¹⁰¹

⁹⁸ HOMBRE, DM2, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-ESPECIAL

⁹⁹ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹⁰⁰ MUJER, DM2, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹⁰¹ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

Las actividades cotidianas, sobretodo, laborales impiden mantener un régimen alimenticio saludable, el tipo de alimento- por lo general con altos grados de grasas y harinas- que se consume está supeditado a la oferta disponible en el espacio social en el cual se desenvuelven: *“mi trabajo es sin horario, yo por ejemplo a la hora de la pasta: 10 de la noche, puedo estar en cualquier parte del mundo o de la ciudad haciendo algo se me olvida”*¹⁰²

La historia o huella alimenticia, es decir los productos que los informantes están acostumbrados a consumir no se corresponden, en muchas ocasiones con los sugeridos por los profesionales de salud; en este sentido no son de su agrado y rápidamente su consumo es abandonado: *“De pronto más que todo en la harina, me gusta comerme un pedacito más de yuca, ahorita me lo como pero lo pienso... trato de no...”*¹⁰³

La falta de voluntad y actitud, traducida en “pereza”, para el desarrollo de actividad física unida muchas veces a la ausencia o deterioro de la infraestructura necesaria para ello, son las motivaciones principales para no realizar ejercicio o practicar un deporte: *“No por acá no hay espacios para hacer el deporte ni nada, el tiempo me lo ocupan mis hijos, la actividad física con el baile que hago es precisamente con mis hijos en la escuela”*¹⁰⁴

A través de tres categorías¹⁰⁵ se valora hoy la condición de salud de los informantes: Estable, mejoró o empeoró (anexo 9, valoración condición de salud)

La condición de salud es estable o ha mejorado por el proceso de tratamiento, existen algunas diferencias dependiendo del régimen de afiliación:

Los informantes afiliados al régimen subsidiado han apropiado las prescripciones médicas: toma de medicamentos, controles y exámenes: *“ya me siento más relajado, acostumbrado a tomar medicamentos, creo que el médico me dijo: usted puede tomar estos medicamentos pero tiene que tomarlos hasta el día en que le echen tierra. Me siento*

¹⁰² HOMBRE, HTA-RB-REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹⁰³ MUJER, DM2, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹⁰⁴ MUJER, HTA-RA-, REGIMEN SUBSIDIADO

¹⁰⁵ Estas categorías se construyen a partir de la información cualitativa que los informantes suministraron en las entrevistas; para efectos de la presentación la investigadora decide mostrarlo de manera gráfica.

muy bien, más liviano, antes estaba muy gordito, estaba subido de peso”¹⁰⁶. No seguir estas orientaciones o hacerlo parcialmente contribuye a que la condición de salud sea estable: “Porque lo controlan a uno de su presión y lo están, y uno va y le dicen si está bien. Me tomo la pasta más por evitar, no noto mucha diferencia entre tomarla y no”¹⁰⁷.

Los informantes afiliados al régimen contributivo concuerdan con las razones anteriores, adicionalmente agregan el hecho de haber hecho variaciones en sus estilos de vida como por ejemplo el cambio de hábitos alimenticios: *“El cambio de dieta ayudo muchísimo, de hecho el ejercicio que hice en algún tiempo supongo que deja rezagos buenos; claro porque yo he dejado de tener la crisis de la vez pasada”¹⁰⁸. Al contrario para informantes diagnosticados con DM2 e HTA la medicación ha empeorado su condición de salud: “El dolor, yo siento que no me lo va a quitar en realidad, yo no siento eso, yo siento al contrario, si no me lo tomo voy a estar mal, peor si me lo tomo no pueda sentir ninguna mejoría, entonces ahí estoy como en un stand bye”¹⁰⁹. Otra mujer diagnosticada con DM2 afiliada al régimen subsidiado manifiesta que todo el programa ha sido irregular, le parece que el medicamento no es el indicado.*

RECOMENDACIONES

Los informantes afiliados al régimen subsidiado hacen recomendaciones referidas al programa, no cambiándolo en su estructura sino adecuándolo. Por ejemplo, expresan que requieren estar más informados, que se explique la naturaleza de las patologías y sus formas de tratamiento; igualmente requieren un trato más cordial por parte de los profesionales de salud: *“el cambio no debe ser de la noche a la mañana, además porque el cuerpo se descompensa... partiendo de ese hecho, porque como uno está enseñado a comer bastante, o no bastante si no picad;, llegar a cambiar la dieta de un momento a otro es bien complicado. La primera nutricionista, esta muchacha, llegó y me quito toda la comida”¹¹⁰*

¹⁰⁶ HOMBRE, HTA-RA, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹⁰⁷ MUJER, HTA-RB, REGIMEN SUBSIDIADO

¹⁰⁸ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹⁰⁹ MUJER, DM2 e HTA, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹¹⁰ MUJER, HTA-RA, REGIMEN SUBSIDIADO

Los informantes afiliados al régimen contributivo demandan que los procedimientos no sean tan rígidos y estandarizados, que las entidades de salud se preocupen más por la condición humana del paciente antes que verlo con un valor económico:

“Mira, yo creo que le interesa ahorrarse, ahorra. O sea así lo siento ¿no?, señora venga a ver cómo es que está usted, porque es que usted nos va salir muy cara dentro de cinco años, porque se va a enfermar más ¿no?, o sea a mi no me interesa que me atiendan así, a mi me interesa que me digan: he cuando viajes conseguite esto, viájate con esto. conseguite unos cávanos, conseguite un queso”¹¹¹

Para los informantes de medicina prepagada es necesario ampliar el cuerpo profesional que da los tratamientos incluyendo atención interdisciplinaria, modificar el programa prestando atención a las condiciones sociales y culturales de la salud y a otros trastornos, por ejemplo metales, cuando se va a explicar la aparición de la patología y que se haga un acompañamiento profesional, no una imposición, para que paulatinamente las personas cambien hábitos y prácticas:

“No, primero darse cuenta que era un trastorno de ansiedad, generalmente son pacientes con problemas familiares, problemas personales [...] eso sería el programa: que tenga mucho más motor, más disciplinas, por ejemplo visitas de trabajo social, como ésta, conformada la casa, si hay mucha gente habitando la casa, los hábitos alimentarios que tengan, tener un enfoque nutricional”¹¹²

¹¹¹ MUJER, DM2, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹¹² HTA-RB, MUJER Y HOMBRE, MEDICINA PREPAGADA

2.2. ESTILOS DE VIDA

Entender la razón de la adherencia o no al tratamiento médico pasa, entre otros aspectos, por conocer cuáles son las acciones que cotidianamente realizan, el uso que se hace de los servicios de salud y qué tanta relación tienen los informantes con factores de riesgo como consumo de alcohol, cigarrillo, inactividad física y alimentación inadecuada.

Dedican mayor parte de su tiempo a realizar actividades de trabajo -remunerado o no- que exigen cumplimiento de diversas acciones y tiempos prolongados. Sin embargo se observan algunas diferencias dependiendo del régimen de salud.

Los informantes afiliados al régimen subsidiado y algunos del contributivo han desempeñado labores informales y de rebusque, desde edades tempranas, a las cuales dedican un gran número de horas diarias, estas actividades por lo general causan estrés, ansiedad y angustia. Se evidencian diferencias entre hombres y mujeres: los hombres se dedican sólo a actividades de trabajo remunerado, la mayoría de las mujeres deben combinar éstas actividades con oficios domésticos:

“me levantaba por ahí a la una de la tarde, siempre me acostaba por ahí a las dos o tres de la mañana. Por ahí tres veces en la semana, de resto no, yo casi no comía, la comida mía era el trago y a veces por la nohecita cuando uno no tomaba pues le daban ganas de comerse algo, ya uno se iba a comer una comida rápida por ahí ... otras veces iba a la casa, o a veces un pan y una gaseosa y ya con eso quedaba”¹¹³

Los informantes de medicina prepagada manifiestan agrado por las labores de trabajo que realizan, las cuales son de su elección, pues son acordes a sus competencias específicas. Se vinculan al ámbito laboral en edades adultas desarrollando actividades más especializadas, luego o durante el desarrollo de sus estudios técnicos profesionales: *“Yo siempre he tenido multiempleos, como lo llaman ahora y no solamente por asuntos económicos; yo no me veo haciendo una sólo cosa creo que eso está en la estructura de*

¹¹³ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN SUBSIDIADO

*mi personalidad. Si hay picos de estrés muy complicados: hago picos tenaces, no tanto por lo laboral”*¹¹⁴

Los informantes de medicina prepagada expresan que estar saludable es una condición a alcanzar, la cual permite desarrollar las actividades cotidianas y que se adquiere al incorporar estilos de vida saludables: practicas alimenticias saludables, actividad física, estabilidad económica, manejo del stress: por ejemplo estar tranquilos, ser positivos y tener energía para hacer las actividades cotidianas: *“Estar sano es el estado completo de bienestar , felicidad, poder funcionar, trabajar, dormir, recrearse, amar, hacer lo que uno quiera sin hacer el daño a otras personas y obviamente sin uno dañarse”*¹¹⁵. En contraste, los informantes afiliados al régimen subsidiado y contributivo plantean que la salud es ausencia de enfermedad, estar sin ningún síntoma o malestar físico o emocional: *“es estar bien, físicamente en el cuerpo, alimentación sana, deporte, una vida tranquila, todo eso”*¹¹⁶

Indistintamente del régimen de salud y la patología la enfermedad es una condición donde el cuerpo y la mente funcionan deficientemente, evitando que se puedan desarrollar las actividades cotidianas: *“es lo peor cuando a usted le duelen las rodillas, le duele la cabeza, tiene malestar, tiene ganas de vomitar tiene daño de estomago, tiene todo se le complica, o sea esas nauseas, esas ganas de no querer nada, ese desaliento, o sea es terrible”*¹¹⁷

Los informantes del régimen subsidiado y contributivo, inician la consulta a los servicios de salud cuando son mayores de edad y tienen conciencia frente a la gravedad de las enfermedades, esta concepción y comportamiento se hacen más constantes luego del diagnóstico de la patología: *“yo llegaba donde el médico era..., mejor dicho hasta la edad... cuántos años, voy a cumplir 64, desde el 2006, hace 5 años que visito los médicos”*¹¹⁸. Usan los servicios de salud formales, casi exclusivamente, cuando tienen un síntoma que no pueden tratar con cuidados caseros. Especialmente los informantes del régimen subsidiado frecuentan el farmaceuta cuando ellos o sus familias presentan alguna

¹¹⁴ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹¹⁵ HOMBRE, DM2 e HTA, MEDICINA PREPAGADA

¹¹⁶ MUJER, HTA-RA, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹¹⁷ MUJER, HTA-RA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹¹⁸ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN SBSIDIADO

dolencia: *“Gripa, con pastas en la farmacia. Yo era adicta al dristan ultra”*¹¹⁹. Poca es la frecuencia de prácticas preventivas como toma de citologías o atención odontológica. Esta situación es diferente en los informantes de medicina prepagada, sobre todo las mujeres, quienes sí establecen dichas rutinas: *“siempre en mi casa me han acostumbrado, uno siempre va a la cabeza grande, nunca va a términos medios, que si va a buscar un médico que uno busca el especialista, no médicos generales. Y esa misma práctica la tengo actualmente con mi familia: esposo e hijos, van a médico internista también”*¹²⁰

Hay conocimiento de que el tratamiento de las ECNT se combina con tratamientos caseros o naturales, medicina alopática con medicina natural; además porque se percibe mejoría en los estados de salud: *“ todas las yerbas habidas y por haber... todo que para la diabetes, que le dicen a uno que cocinar la guayaba, cocina el guineo, que tiene no sé qué... que la hoja de mora, que la hoja de no sé que...que agüita de todo... pero lo hago y pienso y estoy convencido que si no me hace bien, tampoco me va a hacer nada, por eso lo hago.”*¹²¹. La mayoría de quienes han usado o continúan usando la alternativa natural no comparten esta información con los profesionales de salud que los atienden pues no creen, ven estas prácticas peyorativamente: *“los médicos no la van con nada de eso, yo no le voy a decir a un médico que tomo salsa parrilla porque le van a decir que esa agua es una porquería que eso para qué y mire voy tomando (risas), nada me ha caído mal”*¹²². La toma de medicina natural no es una práctica generalizada, quienes no combinan el medicamento prescrito con tratamientos tradicionales lo hacen por evitar una complicación o porque no creen en estas alternativas: *“yo no tomo caseros, muy poco, me da miedo.”*¹²³

Tradicionalmente el área de la medicina ha establecido relación directa entre el consumo de tabaco, consumo de cigarrillo, consumo de alimentación no saludable y inactividad física con la aparición de las ECNT. Partiendo de esta asociación se indagó con los informantes su percepción y relación con dichos factores. En general, se encontró que el

¹¹⁹ MUJER, DM2, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹²⁰ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹²¹ HOMBRE, DM2, MEDICINA PREPAGADA

¹²² Ibid.

¹²³ MUJER, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

historial de consumo de alcohol y cigarrillo ha sido bajo, incluso hay informantes que nunca los han consumido (anexo 10, historial de consumo de alcohol y cigarrillo)

El consumo de licor ha sido la práctica más frecuente, sobre todo en hombres, promovida y aceptada socialmente. En algunos casos era elevado antes del diagnóstico, posterior al tratamiento se ha reducido, las razones del cambio son: por instrucciones médicas y por tener mayor información sobre las consecuencias negativas para el estado de salud: *“El alcohol... es que todo en exceso es malo. Uno puede tomar sus vinos, sus champañas, su aguardiente, cualquier trago, uno puede tomar pero moderadamente”*¹²⁴. Un sujeto con diagnóstico de DM2 e HTA manifiesta que el licor no afecta su condición de salud, pues no ha tenido ninguna complicación con ello: *“cuando se combina el medicamento con cerveza, eso no pasa nada”*¹²⁵

EL consumo de cigarrillo ha sido una práctica poco apropiada, es vista negativamente: *“creo que eso es peor que el licor, el cigarrillo es peor que el licor”*¹²⁶. Las razones son distintas de acuerdo a la patología: los informantes diagnosticados con HTA hablan, sobre todo, de los daños que el cigarrillo puede causarle al organismo, la gravedad – muerte- es lo que más significativo. Sin embargo coexiste la creencia que este consumo contribuye a manejar efectivamente situaciones de ansiedad o stress, dando calma:

*“prefiero fumarme mi cigarrillito para poder bajar de peso y para que me evite la ansiedad de comer, el cigarrillo me la quita. Sé el riesgo que tiene por la hipertensión, pero si me subo de peso también me angustio, si no es una cosa es la otra; entonces tome la decisión del cigarrillo pero seguí subiendo de peso ya estaba en un grado de obesidad, comencé hacer obesa, en mi vida nunca había sido así. El cigarrillo a mí me calma la ansiedad en vez de comer. Que tenga ansiedad, me fumo un cigarrillo despacio y no lo aspiro eso si es muy poco me dura pero el hecho es de tenerlo”*¹²⁷

¹²⁴ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹²⁵ HOMBRE, DM2 e HTA, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹²⁶ HOMBRE, HTA-RA-, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹²⁷ MUJER, HTA-RA, MEDICINA PREPAGADA

Por el contrario los informantes diagnosticados con DM2 y DM2 e HTA sienten desagrado por el olor. Informantes diagnosticados con HTA-RB, indistintamente del régimen de salud y patología, están actualmente más sensibilizados con relación a la realización de prácticas deportivas: *“me encanta estar haciendo deporte, estar activa siempre”*¹²⁸. Sobre todo las mujeres en algún momento las han implementado. En los hombres estas actividades han sido menos regulares, incluso algunos nunca las han practicado. Unos y otros reconocen que las actividades deportivas contribuyen a mejorar su estado de salud: *“el ejercicio es un procedimiento digámoslo así : que se hace para llevar un buen estado físico”*¹²⁹

Para los informantes diagnosticados con HTA-RA, DM2 y DM2 e HTA las prácticas deportivas contribuyen a mantener o mejorar el estado de salud, aunque en mayor medida ninguno las realiza: *“Dicen que eso es bueno, pero yo no lo hago, que es saludable y todo eso”*¹³⁰, debido a que las actividades ordinarias, sobre todo laborales, no les permiten ejecutarlas y los espacios -parques o canchas- son ocupados, en muchas ocasiones, para el desarrollo de prácticas ilícitas; sólo una mujer afiliada al régimen contributivo, luego del diagnóstico, está interesada en implementar prácticas deportivas: *“voy a entrar al gimnasio. Antes del diagnóstico no, nada de ejercicios”*¹³¹

El poco consumo de frutas y verduras ha sido una constante para quienes están afiliados al régimen subsidiado y contributivo, indistintamente de la patología, la principal razón sus familias de origen no comían ni hacían referencia a la importancia de ingerir estos alimentos, así en muchas ocasiones tuviesen acceso y estuviese disponible la provisión económica: *“No se decía que era importante, si no que creciera para que tuviera fuerza”*¹³²; porque las propuesta alimenticia saludables no son de su agrado: *“soy muy dada a comer lo que me llena, no saludable ¿no? Si entonces tengo hambre, tengo fatiga no me voy a poner a ver si me como una fruta o una tosh no..., venga cómase un paquete*

¹²⁸ MUJER, HTA-RB, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹²⁹ MUJER, HT-RB, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹³⁰ HOMBRE, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

¹³¹ MUJER, HTA-RA, R´EGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹³² HOMBRE, HTA-RB-RÉGIMEN SUBSIDIADO

de papas, listo hágale paquete de papas”¹³³. Finalmente porque el valor económico de una dieta balanceada y saludable no puede ser cubierto:

“para mí una buena dieta necesita uno plata, empezando que tú necesitas comprar, por lo menos si te quieres comer una buena porción de proteínas, que es carne, te vale plata porque no podes ir a comprar un pedazo de pecho, porque lo asas y tenés que darle hacha a es hijueputa pa poderlo partir; entonces tenés que comprar una buena carne que vale \$6.000 ó \$7.000 pesos la libra y tu compras una libra y te dan un pedazo así(pequeño) lo metes a la bandeja y te queda así (pequeño) entonces tenés que comer tu, una sola persona. De dónde te vas a comprar una papaya, te vale \$5.000, a no ser que la compre en los semáforos: magullada y lleve tres días en el sol. Yo creo que para uno hacer una buena dieta necesita como tener económicamente como sostenerla: un atún te vale \$3.000, somos cinco personas no comemos con un atún, hay que compra tres atunes son \$10.000, una ensaladita de atún píquele tomate, pique cebolla son \$2.000. Entonces yo compro lo que pueda comprar, no tengo para más. Yo quisiera hacer dietas, alimentarse bien uno pero los recursos económicos no le dan a uno, por más que uno quiera no le dan, es muy difícil”¹³⁴

Para los sujeto de medicina prepagada comer sano y balanceado ha sido siempre una constante, por lo general esta fue siempre una preocupación de sus referentes familiares, la variedad estaba siempre presente: *“mi mamá nos echaba el discurso y la empleada también permeada con ese discurso, lo que dicen las mamás: que si no comen la sopita*

¹³³ MUJER, HTA-RA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹³⁴ HOMBRE, HTA-RA, CONTRIBUTIVO-ESPECIAL

se quedan flacuchentas o mi hermana que tiene los ojos azules, le decía que si no comía las verduras se le volvían negros”¹³⁵

2.3 TRAYECTORIAS DE VIDA

Describir la familia de origen remite a explicitar la dinámica, estructura y los estilos de vida de este grupo filial para de esta manera tratar de entender, en parte, la naturaleza de las prácticas que actualmente desarrollan los sujetos y para comprender lo que ha sido su proceso de enfermar.

Los núcleos de origen de los informantes, indistintamente del régimen de salud y patología, fueron conglomerados de personas relacionadas a través de vínculos consanguíneos, algunas familias nucleares: padres e hijos, otras familias extensas: padres, hijos y otros familiares. A su vez espacios de socialización tradicional¹³⁶, conformados por personas dedicadas al desarrollo de actividades productivas, encargadas de la proveeduría y crianza de los miembros menores: *“Allí y entonces ella trabajaba con la hermana ahí con eso era que nos sostenía a nosotros y a los abuelitos míos, o sea a los papás de mi mamá”¹³⁷*

En todas las familias había una diferenciación marcada de roles: mujeres encomendadas de las labores domésticas y hombres de la proveeduría económica: *“ama de casa, ella era la que preparaba los alimentos. Papá, él en eso no se metía con nosotros”¹³⁸*. Las familias de los informantes afiliados al régimen contributivo y medicina prepagada tenían, generalmente, ayuda de una persona externa al hogar para desarrollar las actividades domésticas, siempre coordinadas por alguna mujer de la familia:

“ellos trabajaban tanto, yo recuerdo que en bachillerato ya había una empleada. La empleada se encargaba de la alimentación,

“La empleada se encargaba de las labores domésticas, mi abuelita coordinaba esta labor. Lo que en ese

¹³⁵ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹³⁶ Encargados de orientar a las generaciones más pequeñas, dar pautas de comportamiento e instruir en roles sociales.

¹³⁷ HOMBRE, HTA-RB, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹³⁸ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

*digamos que con mis papás casi no me tiempo había nosotros lo teníamos”¹⁴⁰
veía, si no hasta por la noche”¹³⁹.*

Informantes afiliados al régimen subsidiado desde pequeños debieron apoyar el desarrollo de las labores domésticas, algunos iniciaron prácticas de trabajo fuera del hogar. *“yo era la mayor entonces me tocaba más a mí, como a mi papá le tocaba irse a otras fincas a trabajar y coger la alimentación, entonces nosotros no quedamos en la casa y como se cocinada era con leña tocaba que ir a traer leña”¹⁴¹*

Los informantes afiliados al régimen contributivo y medicina prepagada se dedicaban, sobre todo, al desarrollo actividades educativas: *“ellos no decían nada, a uno después de que uno rindiera en el colegio, no había problema”¹⁴²*

Los referentes de socialización establecieron pautas de crianza que fueron internalizadas por los miembros menores. Estas prácticas se hicieron explícitas en los hábitos alimenticios, actividades recreativas, las relaciones sociales, las actividades funcionales-productivas y en las prácticas para el manejo de la salud y la enfermedad.

“Arroz, la papa, la carne, exacto, lo que le gusta a la gente”

Hombre, HTA-RA, Régimen Subsidiado

En las familias de los informantes afiliados al régimen subsidiado y la mayoría del régimen contributivo hubo siempre alto consumo de harinas y fritos, pocas verduras y frutas, de vez en cuando el consumo era en jugos. Hubo poca o nula promoción de alimentación saludable, salvo en algunos casos donde hubo antecedente de DM2 o HTA, no se estimulaba por parte de los referentes familiares: *“siempre era café, pan, arepa o buñuelo. Hacían el sancocho, las lentejitas, el arroz y su pedacito de carne”¹⁴³.*

¹³⁹ HOMBRE. HTA-RA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹⁴⁰ MUJER, HTA-RA, MEDICINA PREPAGADA

¹⁴¹ MUJER, DM2 e HTA, REGIMEN SUBSIDIADO

¹⁴² HOMBRE, DM2 e HTA, MEDICINA PREPAGADA

¹⁴³ MUJER, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

Las familias de los informantes de medicina prepagada, una minoría del régimen contributivo, estimulaban la apropiación de hábitos alimenticios saludables, se consumían dentro del hogar y se velaba para que en los demás espacios de socialización (como la escuela) esta práctica no se perdiera. Se promovía especialmente la importancia de consumir frutas y verduras, igualmente azúcares y sales con moderación: *“mi mamá era muy insistente con esas verduras, nos decía que había que comer bajito en sal pero no era una cosa muy sistemática, era un enfoque preventivo en las comidas. No me gustaban mucho las verduras ni las frutas, si mucha carnita y el arroz, frijol y todas esas cosas así.”*¹⁴⁴

No se promovió, indistintamente del régimen de salud y patología, en las familias la realización de alguna actividad recreativa, ni deportiva: *“sí, salía con mi mamá y mi papá. Muy vagamente me acuerdo que mi papá le gustaba como tomar mucho cerveza, entonces a veces nos íbamos como a sentar a los sitios donde mi papá tomaba y entonces mientras nos otros nos comíamos un helado, pero salir a un parque si no [...] nunca me recree los sábados o los domingos”*¹⁴⁵

En la niñez y juventud las prácticas recreativas eran más frecuentes: *“ejercicio así como haga ésto lo otro,, pero si era muy activo. Me gustaba el futbol, montar bicicleta, correr, más que todo yo salía mucho con mi papá los fines de semana si se iba a jugar partidos”*¹⁴⁶, que las deportivas *“Yo fui deportista de muy sardina aproximadamente 6 años hasta los 25 años, hice deporte: ciclismo, patinaje, jugué futbol, participe mucho en carreras, hacia largas caminatas y practique taekwondo de los 12 años hasta los 18 años. En el evangelista mora o en las canchas panamericanas”*¹⁴⁷, éstas se fueron relegando en la medida en que los sujetos ingresaron al mundo adulto: *“de pronto por el ritmo de trabajo y estudio, ya te adsorbe, más ya te queda menos tiempo entonces te daba pereza: no que pereza salir el domingo, no mejor me quedo durmiendo”*¹⁴⁸. Cualquiera de estas actividades fue agenciada siempre por iniciativa propia. En los

¹⁴⁴ HOMBRE, HTA-RA, MEDICINA PREPAGADA

¹⁴⁵ HTA-RB, HOMBRE, REGIMEN SUBSIDIADO y MUJER, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹⁴⁶ HOMBRE, HTA-RA, RÉGIMEN SUBSIDIADO

¹⁴⁷ MUJER, DM2 e HTA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

¹⁴⁸ MUJER, HTA-RA, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

sectores o lugares de residencia, siempre hubo infraestructura disponible para la realización de estas prácticas.

Las familias, indistintamente del régimen de salud y patología, mantuvieron siempre relación con otros grupos familiares, amigos y vecinos: *“con los vecinos siempre se reunían mucho. Igual por aquí pues, muchos amigos. Íbamos donde mi abuela y pues allá nos reuníamos todos”*¹⁴⁹

La frecuencia de la familia en el uso de los servicios de salud se encuentra diferenciada de acuerdo al régimen de afiliación. Las personas del subsidiado asistían muy poco, su uso era en caso de que la sintomatología mostrara gravedad, igualmente se debía a la poca infraestructura sanitaria, la falta de oferta institucional y a las dificultades con la movilidad: amplias distancias entre las viviendas y centros hospitalarios: *“iba uno lo normal, ¿si? de pronto le dolía algo. Que yo viviera así donde el médico como por cualquier cosita, no”*¹⁵⁰. Los informantes de medicina prepagada desde siempre han tenido relación próxima con el sistema de salud, específicamente con médicos particulares y consultas preventivas: vacunación y odontología: *“nos llevaban al médico, vacunas y tratamientos con todos los hijos”*¹⁵¹

Indistintamente de régimen de salud y patología la familia tradicionalmente ha usado tratamientos naturales, "aguas o hierbas", para el manejo de las enfermedades de poca gravedad: *“que una gripa que vaporización con eucalipto, con agua panela, con cositas que un salpullido la agüita caliente con un polvito no sé qué. Sí, siempre hubo si no que no recuerdo”*¹⁵². Cuando estos padecimientos ameritaban otra atención, siempre se recurría a los establecimientos de salud formales: *“allá lo llevaban a uno cuando estaba grave, cuando las personas se enfermaban grandes y tocaba hospitalizarlas, de resto no...”*¹⁵³

¹⁴⁹ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN SUBSIDIADO

¹⁵⁰ MUJER, DM2, REGIMEN SUBSIDIADO

¹⁵¹ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹⁵² MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹⁵³ MUJER, HTA-RB, RÉGIMEN SUBSIDIADO

Antecedente de ECNT: hipertensión y/o diabetes

Se indagó el antecedente familiar de DM2 y/o HTA con el propósito de identificar si, posiblemente, la manera en que los informantes han manejado las patologías está relacionada con la forma en que los referentes familiares lo hicieron.

Hay antecedente familiar de DM2 y/o HTA, indistintamente del régimen de salud y patología (anexo 10)¹⁵⁴, en algún miembro en primer grado de consanguinidad, sobre todo la madre, a excepción de las mujeres diagnosticadas con DM2, afiliadas al régimen subsidiado, son los primeros casos en su familia.

Frente al manejo del diagnóstico, los referentes familiares de los informantes tomaban medicamentos y en pocas ocasiones cambiaron hábitos, sobre todo, alimenticios. Las mujeres diagnosticadas con HTA-RB conocen muy poco del manejo que sus familiares dieron a la patología; los hombres tienen mayor información sobre que tan grave fue este diagnóstico y cómo la manejaban en cuanto a medicación y a prácticas saludables o no: *“a mi hermano le daba mucha rabia ser tan joven y tener que tomar medicamentos. El intenta lo de los hábitos alimenticios,... si no que él es menos constante”*¹⁵⁵.

Los referente familiares de los informantes de medicina prepagada, no acataban las prescripciones médicas: “mi mamá fue hipertensa y murió prematuramente, circunstancias de la hipertensión, cincuenta años de edad. Tomaba medicamentos, supuestamente dieta baja de sal, en esa época pues yo no creo que ella hubiera sido muy estricta con la dieta, yo me acuerdo que ella era robustica y yo creo que... a veces fumaba”¹⁵⁶. Para los afiliados al régimen contributivo, el referente familiar acoge y acata dichas orientaciones: “ella si muy juiciosa con las pastas, con los controles, el ejercicio, el control de peso. Ahora, yo es reafirmar lo que ella había estado haciendo toda la vida coma saludable, haga ejercicio, ojo con el cigarro, ojo con el alcohol; todo eso cuando yo fumaba ella si muy preocupada porque como ella sabía que era genética. Ella fumo en algún tiempo”¹⁵⁷

¹⁵⁴ Esta categoría se construye a partir de la información cualitativa que los informantes suministraron en las entrevistas; para efectos de la presentación la investigadora decide mostrarlo de manera gráfica.

¹⁵⁵ MUJER, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹⁵⁶ HOMBRE, HTA-RB, MEDICINA PREPAGADA

¹⁵⁷ HOMBRE, HTA-RB, REGIMEN CONTRIBUTIVO-POS

2.4. REFLEXIÓN SOBRE EL IMPACTO DE LAS ECNT EN LA VIDA DE LOS SUJETOS

Los sujetos participantes del estudio evidenciaron que sus prácticas cotidianas eran diversas y disímiles, adquiridas por un sistema de disposiciones al que accedieron previamente durante sus procesos de socialización, sobre todo, primaria –familiar-, que posibilitó interiorizar la exterioridad que precedía a su existencia. Estas disposiciones podrían semejarse con lo que Bourdieu ha denominado “habitus” como sistema clasificador y organizador de las prácticas, percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos, que en muchas ocasiones escapan a su conciencia y a su voluntad. Entendido así, el “habitus” es el *“verdadero punto de encuentro entre el individuo y la sociedad, pues permite la articulación entre objetividad y subjetividad, quedando claro además el papel de las agencias educativas y de los procesos de socialización en dicha articulación”*¹⁵⁸

Es evidente hasta este numeral, que las categorías de edad y género no mostraron mayor divergencia discursiva: hombres y mujeres, indistintamente de su edad, expresaron casi las mismas ideas con relación al objeto de estudio, la categoría clase social sí mostró discrepancias, pues la clase social caracteriza jerárquicamente a los grupos de población según la manera en que éstos se desenvuelven, relacionada con el estatus socialmente diferenciado de dichos grupos. Haciendo una interpretación de los postulados de Mary Douglas¹⁵⁹ la ubicación de los grupos en una determinada clase social influye en la forma en que organizan su cotidianidad. La clase social dotó de elementos distintos para construir la historia, en este caso circunscrita al proceso de enfermar, bajo el influjo de dichas características los sujetos “decidieron” qué prácticas apropiaban como rutinarias, llevándolos a configurar distintos estilos de vivir.

¹⁵⁸ TÉLLEZ, Gustavo. “El concepto de habitus. Universidad pedagógica nacional”. Colombia. P. 11. 2000

¹⁵⁹ DOUGLAS, Mary. El Mundo de los bienes. Hacia una antropología del consumo. Grijalbo. México. 1979

Este conjunto de prácticas fueron apropiadas a partir de sus procesos vitales primarios - familiares¹⁶⁰-, poco a poco actualizadas en el desarrollo de su historia adulta; se hacen visibles por un sistema de disposiciones adquiridas previamente que les permite interiorizar la exterioridad que procede a su existencia, en muchas ocasiones escapan a su conciencia y voluntad. Nuevamente, *“la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social”*¹⁶¹

Los estilos de vida de las personas diagnosticadas con DM2 y/o HTA fueron apropiados por un sistema de disposiciones adquiridas con anterioridad, por ello es necesario hacer referencia al lugar que tuvo en este proceso la familia de origen. Tanto el referente familiar como el contexto social en el cual se inscribieron les dio lugar dentro de la estructura social a la que pertenecen. El día a día de los sujetos es la secuencia de una acción social que aporta en la configuración de su identidad, que habla de un contexto específico que trasciende la experiencia y existencia del individuo:

Interesó conocer la experiencia de enfermar de los sujetos para que a través de sus relatos se pudiera conocer y comprender la historia y la naturaleza misma de la enfermedad.

Se reconstruyó el sentido - percepción y vivencia- que los sujetos diagnosticados con DM2 y/o HTA le han dado al proceso salud-enfermedad, el cual se configuró con relación a otras experiencias vitales, a través del sentido *“es posible relacionar la experiencia actual, en un momento dado, con otra del pasado inmediato o distante”*¹⁶²

¹⁶⁰ Porque la familia es “la encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, éticos - morales y espirituales” BERNAL, Isabel. “La familia en la determinación de la salud”, en Cubana Salud Pública, vol. 29, p. 48-51. 2003

¹⁶¹ Ibid., p.50

¹⁶² BERGUER Peter y LUCKMAN Thomas. Modernidad, Pluralismo y Crisis de sentido. Paidós, Barcelona.1997. P. 33

En este numeral se presentarán retrospectivamente los aspectos relevantes del fenómeno estudiado, prestando especial interés en aquellos elementos que dan pistas para entender las razones sociales por las cuales los sujetos podrían cambiar o no sus prácticas hacia estilos de vida que favorezcan su estado de salud.

2.4.1 PERCEPCIONES VARIADAS ALREDEDOR DE LA ECNT Y LA SALUD

“la motivación para cambiar las propias prácticas sanitarias depende, en gran medida, de la sensación de vulnerabilidad personal del individuo y de la gravedad con que considera esté en peligro para la salud”¹⁶³. En los relatos, se identificaron tres elementos que posiblemente ubica a los informantes en mayor vulnerabilidad personal.

Sobre la enfermedad: DM2 y/o HTA

Si sienten que el diagnóstico no es severo, tienden a minimizar sus riesgos. Los informantes diagnosticados con HTA perciben menor riesgo de morir que los informantes diagnosticados con DM2.

La reproducción del imaginario de que estas enfermedades afectan a personas de raza negra, lo que posiblemente a la mayoría de los informantes los haría menos vulnerables pues en gran medida son mestizos, podría influir en que minimicen el riesgo frente a su diagnóstico y estén menos motivados en cambiar sus estilos de vida.

Con relación a la creencia de que el ingreso económico influye en la posibilidad de cambiar algún hábito, plantean que dependiendo de la capacidad económica será posible transformar los estilos de vida, apropiando las prescripciones médicas. Para quienes comulgan con esta afirmación, posiblemente, será menos probable cambiar las prácticas sino cuentan con el dinero suficiente para hacerlo.

La información que tienen es limitada y poco precisa. Antes y después del diagnóstico hay conocimiento sobre la gravedad de la enfermedad y las formas de tratamiento, las

¹⁶³ FREEMAN. Howard et.al.. Op.cit.. P. 378

cuales son contrarias a sus rutinas cotidianas, sobre todo para las personas afiliadas al régimen subsidiado y contributivo.

Comprenden de manera insuficiente el tipo de patología que los afecta y su naturaleza, menos están informados sobre los aspectos de orden social y cultural que rodean su aparición.

La información que poseen es limitada, poco laxa e incompleta. Al tener casi exclusivamente información general desconocen la particularidad de su historia y de cómo puede estar relacionada con la aparición y tratamiento de su diagnóstico; por ello apropiar una práctica distinta a la habitual, resulta una tarea compleja casi imposible de cumplir.

El desarrollo de los programas

La relación médico-paciente

El análisis Sociológico en salud ha estado enfocado tradicionalmente hacia la relación médico-paciente desde una mirada estructural, enfatizando los lugares institucionales, la cual no se reflexiona cuando se estudia el aumento de los indicadores de enfermedad y muerte en una sociedad; pero que al estudiarla desde quienes ocupan el lugar de pacientes resulta ser definitiva en los procesos terapéuticos, pues ello influye significativamente en que el paciente apropie o no los cambios sugeridos.

De acuerdo a los relatos es evidente que la relación médico-paciente, sobre todo, para las personas afiliadas al régimen subsidiado y contributivo, sigue siendo una relación de poder con connotación vertical, asimétrica y jerarquizada por el médico, quien a través de un reconocimiento y autoridad conferido socialmente tiene *“un poder arraigado en que tiene lo que el paciente desea y necesita. El paciente es como un niño y el médico como un padre, esta situación parece intrínsecamente conmensurable con su superior conocimiento y experiencia en el dominio de la salud”*¹⁶⁴

¹⁶⁴ Ibid. P. 385

Esta relación médico-paciente crea tensiones y conflictos, la mayoría de veces pasivos, evidenciados en la resistencia que los pacientes hacen al no seguir la prescripción médica y no aceptar ante los médicos que están actuando de manera diferente a las orientaciones dadas: *“El profesional espera que los pacientes acepten lo que recomienda en sus propios términos; los pacientes buscan servicios en su propios términos. En ello, cada uno trata de imponer sus propios términos, y entonces surge un conflicto”*¹⁶⁵

Esta tensión puede ser leída por el médico como que las prescripciones no están causando el efecto esperado en los pacientes, particularmente pueden creer que es el medicamento el que no está haciendo efecto; pues es la variable que pueden controlar. Así, su comportamiento con relación al paciente puede ser de desinterés. Por ello, la relación entre médico y paciente crónico debe ser estudiada más en detalle, pues según lo expresado por Kendall y Reader¹⁶⁶ una vez el médico se convence de que el medicamento no está causando mejoría en los pacientes, pierde interés y por ello disminuye su acción frente al tratamiento y la relación con el paciente; estableciendo posiblemente relaciones lejanas que no permiten la empatía suficiente para generar en el paciente acciones en pro de modificar sus prácticas, el sujeto lee en el médico apatía y desinterés. Esta actitud del médico también puede estar influenciada por una corriente novedosa que plantea que *“el nuevo tipo de educadores médicos también suele tener una orientación cosmopolita. Esto implica, entre otras cosas, no sentir un gran compromiso hacia la comunidad en que se encuentran”*¹⁶⁷. Este comportamiento riñe *“con el familiar modelo Parsoniano, en el cual se espera que los médicos mantengan una actitud de afectuosa neutralidad hacia los pacientes, y que traten a todos por igual”*¹⁶⁸

El lugar del sujeto en esta relación es también muy importante pues implica que la persona misma acepte volverse paciente, es decir que efectivamente adopte el papel que le ha sido asignado por el cuerpo médico, dado que a diferencia de las afecciones congénitas, nadie “nace” paciente. Según lo plantean Blomm y Wilson¹⁶⁹ el elemento fundamental que posibilita dicha apropiación no es la enfermedad, sino el reconocimiento

¹⁶⁵ Ibid. P. 390

¹⁶⁶ Ibid. P. 392

¹⁶⁷ Ibid. P. 395

¹⁶⁸ Ibid. P.405

¹⁶⁹ Ibid. P.305

que hace la persona diagnosticada de la necesidad de ayuda para enfrentarse a ese estado, lo que implica que reconoce que está fuera de la sociedad sana y que debe colaborar con el médico y asumir las prescripciones que éste le dé.

La actitud necesaria, señalada anteriormente, para reconocerse como paciente puede no presentarse en los sujetos con diagnóstico de ECNT, dada la manifestación asintomática de la patología no tienen constantemente la recordación de estar enfermos, por ello no expresan la necesidad de ser ayudados y no son rigurosos con sus tratamientos. Reconocerse como paciente crónico necesitaría de la enfermedad que se manifestará a través de síntomas, pues es esta la manera que históricamente se ha entendido la condición de enfermar.

En el caso de los informantes diagnosticados con HTA, sobre todo los de BR, es menos probable que admitan esta condición y hagan cambios de acuerdo a las prescripciones médicas, la enfermedad no es grave y prácticamente no ha cambiado su estilo de vida. Lo contrario ocurre con las personas diagnosticadas con DM2 o con DM2 e HTA, tienen una percepción más fuerte de la gravedad de la patología y han intentando apropiarse de más cambios, sobre todo los sugeridos por el médico.

Medicalizando la vida cotidiana

La terapia farmacológica ocupa un lugar preponderante en el desarrollo de los programas para el control y manejo de la DM2 y HTA: los médicos y las enfermeras se enfocan en promover la toma del medicamento como factor que impide el descontrol de la patología, preguntan constante y enfáticamente sobre cómo se está consumiendo: frecuencia y cantidad.

El cuerpo médico equipara el manejo adecuado de la patología a la toma del medicamento. Sin embargo, médicos y pacientes saben que la terapia farmacológica no es implementada de acuerdo a las prescripciones, esta situación es un secreto a voces: los profesionales de salud saben que los pacientes “mienten” frente al consumo del medicamento, no lo toman, lo hacen con irregularidad o lo suspenden en ocasiones por los efectos secundarios: *“los individuos deciden cancelar el tratamiento por considerar que está en riesgo su salud global, situación reinterpretada por la biomedicina como*

*inconstancia que impide arribar a una cura completa*¹⁷⁰. Pese a ésto, durante los controles los sujetos continúan expresando que toman el medicamento de forma regular, siguiendo la instrucción médica. Esta disociación podría repercutir negativamente en el estado de salud de los sujetos, realmente médicos y pacientes no conocen en profundidad cómo se está desarrollando la patología, lo cual afecta el avance en la recuperación y podría repercutir en el deterioro del estado de salud, al no hacer un seguimiento apropiado de las condiciones reales en que está viviendo el sujeto diagnosticado.

Los médicos dado que los sujetos no les cuentan o porque ello no valoran la voz del paciente, no conocen realmente el manejo que hacen de las patologías: cómo las controlan, qué efectos colaterales del medicamento identifican, a qué se debe que estén apropiando o no las prescripciones, si lo están haciendo solos o por el contrario tienen redes de apoyo. Se desconoce, por ejemplo, la percepción que tiene el paciente sobre los factores¹⁷¹ que están alterando cotidianamente su estado de salud, no se tiene información suficiente de la evolución del proceso de la enfermedad, no se ha establecido entre médico y paciente una relación de persona a persona; si no una relación donde cada uno ejerce su rol y le da la certeza al otro de que está cumpliendo su función.

Está ausente un actor importante, la familia

Inicialmente los pacientes intentaron apropiarse las prescripciones médicas (posiblemente porque al ser diagnosticados, quedó clara la gravedad de la patología) adquiriendo el medicamento y cambiando sus hábitos alimenticios (tuvieran o no con que comprarlos o les gustaran o no los alimentos); sin embargo hoy se resisten parcial o totalmente a incorporarlas. Con el transcurrir del proceso terapéutico el impulso fue disminuyendo, en parte, porque para muchos, sobre todo las personas afiliadas al régimen subsidiado, la dieta sugerida fue económicamente insostenible, pero sobre todo porque su huella cultural repelía los nuevos hábitos: si estos alimentos no les gustaban ni siquiera la conciencia de la gravedad de la patología evitó que no se siguieran consumiendo.

¹⁷⁰ Ibid. P. 315

¹⁷¹ De acuerdo a los resultados expuestos en el capítulo anterior, son las condiciones emocionales, estrés producido por situaciones familiares, sociales, laborales, incluso la misma impotencia por la enfermedad, las que malogran su estado de salud.

De esta manera, las personas con DM2 y/o HTA estuvieron obligados a reconstruir su identidad personal, la orientación terapéutica prescribió, aún lo hace, que la manera en que vivieron hasta el día de su diagnóstico debía transformarse: no tomarán licor, no fumarán, comerán saludable: frutas y verduras, harán ejercicio y bajo ninguna circunstancia podrán suspender la toma del medicamento.

Desde esta perspectiva el enfermo crónico puede verse como un niño que está aprendiendo, el papel de quienes lo acompañen en esta tarea será definitivo, *“la identidad personal es moldeada en la medida en que éste ve que su conducta se refleja en los actos de quienes lo rodean”*¹⁷². Quienes han perseverado en la intención de cambiar sus prácticas cotidianas, identifican que el acompañamiento familiar ha sido definitivo cambiando también sus hábitos, sobre todo alimenticios.

Para los pacientes crónicos la práctica de alimentarse no sólo es la acción de engullir alimentos es la posibilidad de resignificar con otros su nueva forma de vivir. Para tener éxito en la transformación de este hábito, la familia debe convertirse en un compañero que reafirme en el sujeto la idoneidad de su elección al cambiar sus prácticas alimenticias como parte de su transformación de vida.

La familia de los informantes es un actor clave en su proceso terapéutico, sin embargo es el gran ausente de los programas, poco convocada por los profesionales de salud a participar proactivamente de este procedimiento; se incorpora más por solidaridad afectiva con la persona diagnosticada que por prescripción médica: la familia no conoce de la ECNT y no es consciente de su implicación.

Para los sujetos que han asumido solos este proceso de transformación identitaria, ha sido más difícil - en muchas ocasiones imposible- perseverar, abandonan la intención y retoman los hábitos anteriores, generando – no en pocos momentos- crisis, pues ya tienen la información que deben cambiar sus prácticas pero al mismo tiempo no logran hacerlo: *“aumentan las posibilidades de que se produzcan crisis de sentido subjetivas. Mientras*

¹⁷² BERGUER, Peter y LUCKMAN, Thomas. Op.cit.,p. 45

mayor sea el grado de discrepancia, aumentarán las probabilidades de que surjan crisis de sentido intersubjetivas”¹⁷³

2.4.2 ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida que conforman hoy la cotidianidad de los informantes están atravesados por una tensión entre las prácticas que realizan rutinariamente y las acciones que deberían de apropiarse de acuerdo a las prescripciones médicas. Se manifiesta en la realidad de los sujetos una “*discrepancia entre los que “es” y “debería de ser”*”, la cual se presenta *cuando en los ideales de una comunidad, en este caso terapéutica, se insiste en que debería reinar una absoluta comunidad de sentido.*¹⁷⁴ Esta tensión se manifiesta debido a cómo cada actor entiende y asume los procesos de transformación de los estilos de vida. Por una parte pareciera que los profesionales de la salud dimensionan estas prácticas como un cambio mecánico del hábito interiorizado; mientras que los pacientes, a pesar de los esfuerzos que hacen por asumir las prescripciones, no logran hacer esta transición de manera rápida, ni definitiva. Esta situación ocurre por los hábitos que intentan modificar son, como lo menciona Bourdieu, disposiciones previas que no obedecen a sólo a una decisión individual, sino que son expresiones de la estructura social de la cual los sujetos hacen parte. Es por esta razón, que a pesar de que durante el proceso terapéutico las personas diagnosticadas con DM2 y/o HTA han conocido sobre la gravedad y tratamiento de las patologías, han incorporado nuevas prácticas- han abandonado algunas – y han aprendido a convivir con los diagnósticos; finalmente no han logrado transitar del todo a la nueva modalidad de vida que se les ha propuesto. Se presentará a continuación algunos factores de orden social que pudieran explicar en esta situación.

Existen situaciones propias de la realidad social-estructural de los informantes que impiden, más allá de la relación con los médicos y los programas, que puedan apropiarse las prescripciones médicas, que hacen que a pesar de que estén motivados no puedan incursionar en nuevas dinámicas. En este punto de la discusión cobra relevancia la particularidad de la vida social de los informantes: las actividades que realizan, sus

¹⁷³ Ibid., p. 50

¹⁷⁴ Ibid., p. 60

creencias y sus gustos; “*no hay forma de comprender la experiencia de enfermar sino se participa en algún sentido de ella a términos que se vinculen con la historia local y las biografías personales*”¹⁷⁵

La concepción de salud-enfermedad que tienen interiorizada los sujetos, sustentada en el paradigma biologicista-medicalizante, limita la posibilidad de apropiar prácticas de autocuidado, sólo se reconocen realmente enfermos si su condición corporal diezma su “normal” funcionamiento, igual dicha concepción restringe la posibilidad de que los pacientes dimensionen ampliamente la etiología de estas enfermedades y las acciones no sólo del nivel individual, si no social que se podrían implementar en función de reducir su aparición y aumento. Pertinente sería promover desde el sector salud la importancia de transitar de paradigma, que posibilite definir la diada salud- enfermedad como un proceso social, sobre todo cuando se está bajo el diagnóstico de enfermedades de naturaleza social como son la DM2 y la HTA. De otra parte, se evidencia asimetría entre la necesidad de información y tratamiento que identifica el personal médico requiere el paciente y la realidad de éste.

Gran parte de los esfuerzos realizados por los médicos y las enfermeras en el marco de los programas de control de la DM2 y la HTA están dirigidos a que los pacientes restrinjan el consumo de alimentación “inadecuada”, el consumo de alcohol, consumo de tabaco, al mismo tiempo que promueven el desarrollo de actividad física. Efectivamente, dichos esfuerzos se han visto reflejados positivamente en que los pacientes hoy se encuentran más sensibilizados frente a los efectos nocivos de dichas prácticas e incluso han disminuido su realización; sin embargo este resultado no necesariamente se explica por las recomendaciones hechas, si no porque la frecuencia histórica de esas prácticas es muy pequeña: antes de ser diagnosticados con ECNT los sujetos no eran consumidores habituales de tabaco o de alcohol, razón por la cual es entendible la sensibilización que hoy tienen frente al tema e incluso el dejar de practicarlos.

Distinto ocurre con el cambio de hábito alimenticio y la realización de actividad física; prácticas más complejas de apropiar, son orientaciones casi totalmente distintas a sus modos habituales de vida. La prescripción no es lo que complejiza y dificulta el cambio

¹⁷⁵ FREEMAN. Howard et.al.. Op.cit.,p. 330

del hábito, si no la manera taxativa con que se exige que se haga, no se contextualiza la particularidad de los pacientes y este tránsito no está orientado con suficiente competencia por el equipo médico. Esta situación se presenta de manera menos marcada en los informantes de medicina prepagada, éstos cuentan con la posibilidad de tratar su diagnóstico de manera particularizada y reciben del médico un acompañamiento constante y contextualizado que ha repercutido en que hayan apropiado de manera más efectiva los cambios sugeridos. Esta diferenciación podría ser explicada por el hecho de que los informantes de medicina prepagada podrían tener un capital cultural y económico más elevado; sin embargo los informantes del régimen subsidiado y contributivo no advierten que la falta de capital económico sea la gran limitante para acoger las prescripciones. Curiosamente plantean que principal razón por la cual no han incorporado las prescripciones es porque no les gusta. Este ha sido un elemento relegado y poco explorado por los programas de control y atención de las ECNT, que está ejerciendo gran influencia en que los pacientes puedan apropiarse las prescripciones. A un gran número de estos no les agradan los alimentos sugeridos, sienten que no están acordes con su huella alimenticia; en este sentido Bourdieu da pistas para entender el lugar del gusto en este proceso. Este autor define que éste es un operador práctico, son las preferencias distintivas que se imponen a las prácticas. De esta manera afectar la causa directa de la no apropiación de las prescripciones médicas, implicaría que se cambie el gusto y esto como lo plantea nuevamente Bourdieu es la educación del mismo que pasa *“por capitales simbólicos y culturales que no se pueden derivar mecánicamente del capital económico”*¹⁷⁶

Los aspectos hasta ahora planteados, hacen que surjan los siguientes cuestionamientos:

- ¿Por qué razón los programas no caracterizan con suficiencia la realidad social de sus inscriptos?, para así tener elementos claros y precisos de las condiciones en las que se deben enfocar los tratamientos.
- ¿A qué se debe que estos programas sigan enfocando sus esfuerzos, sobre todo, hacia factores que no están afectando notoriamente a las poblaciones inscrites?

¹⁷⁶ BOURDIEU, Pierre. Op Cit., p.18

- ¿Qué se necesita para que las acciones adelantadas por los programas logren afectar las dimensiones que los inscritos identifican como prioritarias para lograr controlar más efectivamente sus patologías?

Una posible aproximación de respuesta a dichos cuestionamientos, tiene que ver con el rol del equipo médico en la relación con el paciente. Como se mencionó, existe una función que le ha encomendado al médico la tarea de decidir desde qué perspectiva aborda la enfermedad y los procesos de tratamiento. Desde este lugar de autoridad conferida y legitimada técnica y socialmente, los profesionales de salud determinan si actualizan o no sus procedimientos, qué tanto se interesan por la trayectoria cultural e historia del paciente y qué tan pertinentes son los procesos de tratamiento. Esta aproximación terapéutica, subvierte un principio de actitud profesional ideal: el universalismo, que “connota *la tendencia del practicante a tratar a todos los pacientes por igual; desde luego no prescribiéndoles terapias idénticas, sino, antes bien considerándolos en cierto sentido como miembros iguales en un universo de salud y enfermedad*”¹⁷⁷

2.4.3 TRAYECTORIA FAMILIAR

En las sociedades modernas el individuo crece sin valores comunes, la realidad es así distinta para todos. Sin embargo, algunos aspectos de sociedades tradicionales siguen muy arraigados en ese mismo proceso de modernización: uno de ellos, como lo plantea Berguer y Luckmann es el lugar de la familia como agente primario de socialización y reproducción del orden social.

Estas dos características fueron ampliamente identificadas en esta investigación. Por una lado, la realidad de cada sujeto (manifestada en sus conocimientos, gustos y prácticas) es distinta, fundamentalmente por la clase social a la que pertenece, así compartan el mismo diagnóstico; por otro fue notoria la influencia de la familia en la construcción de dicha realidad: “*la acción del individuo está moldeada por el sentido objetivo proveniente de*

¹⁷⁷ Ibid., p. 380

los acervos sociales de conocimiento transmitido por las instituciones a través de las posiciones que ellas ejercen para su acatamiento”¹⁷⁸

En este aparte se hará un análisis comparativo entre algunos comportamientos de los sujetos y los rasgos familiares que pudieron influir en la apropiación de las patologías:

Un elemento que se planteó para entender el comportamiento actual de los informantes con relación al tratamiento de las patologías, fue identificar la relación entre el antecedente familiar de ECNT y los comportamientos actuales de los sujetos. Este antecedente estaba presente en casi todos los casos, se pudo establecer que el referente familiar de los informantes trataba su diagnóstico casi de la misma manera en que los pacientes lo hacen: tomaban el medicamento con irregularidad y en algunos casos cambiaron sus hábitos, sobre todo alimenticios. Los informantes, no recuerdan que sus referentes familiares hubiesen hecho cambios definitivos en sus estilos de vida, de hecho manifiestan que dichas patologías se vivían como algo “natural”.

El uso de los servicios de salud y la concepción de salud-enfermedad que tienen los informantes, sobre todo del régimen subsidiado, está influenciada por el paradigma medicalizante; que coincide con la concepción que guió los acercamientos iniciales con el sistema de salud formal en sus primeros años de vida, la familia fue el agente primario que solidificó esta manera de interacción. Es claro en los relatos que, sobre todo, las madres eran las encargadas de la crianza y cuidado de los miembros menores, es factible intuir que eran ellas quienes se encargaban de resolver los asuntos de enfermedad y salud, decidían cómo tratar las patologías y direccionaban la atención pertinente. La madre de la familia era un eje integrador entre los comportamientos para tratar el tema salud-enfermedad y el sistema de salud formal, *“la percepción de una madre de la gravedad de una enfermedad se encuentra en importante relación con la probabilidad de que se administre atención médica formal”¹⁷⁹*

¹⁷⁸ BERGUER, Peter y LUCKMAN, Thomas. Op.cit.,p.42

¹⁷⁹ FREEMAN, Howard et.al.. Op.cit.,p. 384

El cambio en los hábitos alimenticios es la transformación que más promueve el cuerpo médico, a su vez es la practica inicial emprendida por los pacientes posterior al diagnostico y finalmente la acción que más dificultad ha presentado para ser apropiada. En el aparte anterior se mencionaron algunas razones por las cuales se presenta esta situación; por un lado se manifestó que para los informantes del régimen subsidiado y contributivo cambiar estos hábitos por prácticas determinadas por el médico como saludables, implicó hacer negociaciones y renunció a un arquetipo cultural alimenticio contrario; en cambio para los informantes de medicina prepagada esta prescripción médica reforzó practicas conocidas e interiorizadas desde su infancia. Estos comportamientos son identificables con las disposiciones y prácticas que con relación a la alimentación tenían sus familias de origen. El sujeto apropió desde niño dichas prácticas y frente a ellas hace elecciones coherentes. La familia *“como estructura de la sociedad se convierte en estructuras de las conciencias. “El individuo se comporta en conformidad con sus roles, la manera en que piensa, siente, y se concibe así mismo se ciñe a la conducta propia de su rol”*¹⁸⁰

En general para informantes, indistintamente de la patología y el régimen de salud, las situaciones emocionales y afectivas que viven les generan estrés y esta condición repercute en el descontrol de la patología; esta afirmación revela que los pacientes no cuentan con dispositivos personales para manejar dichas situaciones, aspecto que analizado retrospectivamente podría estar relacionado con el hecho de que sus referentes familiares no fueron para ellos soporte afectivos ni emocionales. De esta manera, el manejo asertivo de las emociones no fue para los pacientes un elemento identificador con sus familias, por ello tuvieron menos posibilidad de desarrollar dicha competencia.

¹⁸⁰ BERGUER, Peter y LUCKMANN, Thomas. Op.cit.,p.40

3. REFLEXIONES CONCLUSIVAS SOBRE ASUNTOS INICIALES

Resumen y análisis

Con los datos recolectados, realizando las asociaciones y comparaciones analíticas e interpretativas que permitieron, es posible plantear que los estilos de vida de los sujetos que participaron del estudio no son “simples o sencillas” prácticas individuales que configuran una determinada manera de vivir, sino construcciones sociales complejas y dinámicas que han sido permeadas por la relación de interacción que establecen con sus distintos espacios de socialización, especialmente la familia ha hecho un aporte importante en este proceso.

La manera en que los sujetos viven su proceso salud-enfermedad está altamente influenciada por sus formas de actuar, que permiten un desenvolvimiento social configurado por su trayectoria vital, afectada por la clase social a la que pertenecen. Esta configuración marca una impronta para comprender la razón por la cual les ha sido posible o no aprehender las prácticas e instrucciones dadas en los programas de control de hipertensión y/o diabetes a los que están inscritos.

Para llegar a la conclusión anterior fue necesario indagar aspectos más específicos de la problemática estudiada, los cuales se reflejaron en cuatro preguntas auxiliares, definidas en la presentación de este informe, a continuación contestadas:

1. Interesaba caracterizar el lugar que tuvieron las condiciones económicas, la educación, el acceso y uso de los servicios de salud y el empleo en la aparición de las patologías, pues como se exponía ampliamente desde el planteamiento de la investigación el surgimiento de estas enfermedades está relacionado con las condiciones estructurales en las que viven las poblaciones y los recursos con los que cuentan o están disponibles para garantizar bienestar.¹⁸¹ En el análisis hecho, la interrelación de estas categorías configuró la clase social a la cual pertenecían los informantes, distinta dependiendo de cada caso.

¹⁸¹ Los estudios epidemiológicos revelan que estas condiciones son determinantes significativos para la aparición de las ECNT

A pesar de ser varias las coincidencias entre los sujetos con relación a la vivencia de las ECNT se evidenciaron diferencias en la manera en que la clase social influyó en el surgimiento y posterior tratamiento de estas patologías. Este hallazgo revalúa la creencia de que la aparición de estos trastornos está, sobre todo, altamente influenciado por condiciones de inequidad y exclusión social, mediadas por la falta de ingreso económico o de oportunidades sociales, entre otras, educativas o la laborales. Basándose en los hallazgos, es posible inferir que a pesar de las condiciones estructurales adversas, todas las poblaciones son proclives a desarrollar estas enfermedades, sólo que los aspectos que influyen en su aparición son distintos: si por ejemplo el estrés es un detonante para que la condición de salud se afecte, los motivos generadores de este estado son diferentes, por ejemplo si unos sujetos se encuentran estresados por la falta de empleo, otros lo están por la sobre carga laboral. O si una población tiene oportunidades mejores para garantizar su necesidades posiblemente podrá ubicar elementos más efectivos para resolver su condición de salud, pero no necesariamente tener resuelta la condición económica, evita la aparición del padecimiento.

Con lo anterior se identifica la necesidad de que los programas de salud que atienden estas patologías, caractericen ampliamente la vida social de las poblaciones que atienden. Tener esta información amplía el espectro de comprensión y explicación frente a la ocurrencia de las ECNT, al mismo tiempo que posibilita entender las razones de la permanencia o no en los tratamientos. Conociendo que los sujetos que enferman no se comportan de la misma manera, ni tienen igual relación con su espacio social es posible definir estrategias de intervención acordes con las necesidades de los sujetos, trascendiendo de la prescripción homogénea de orientaciones para controlar dichos padecimientos.

2. También atañía al estudio caracterizar las prácticas y actividades que configuraron y configuran los estilos de vida de sujetos diagnosticados con ECNT. Se encontró que éstas son actividades que desarrollan cotidianamente, vividas de manera distinta dependiendo del lugar que ocupen dentro de la estructura y las oportunidades sociales con que cuentan.

3. Otro aspecto relevante para la investigación era reconstruir el proceso mediante el cual los sujetos diagnosticados con DM2 y/o HTA le dieron sentido a la enfermedad, particularmente hubo interés por establecer la relación entre los significados de salud-enfermedad que tenían los informantes: creencias y prácticas, y el proceso terapéutico en el cual estaban inscritos. Los significados que actualmente se dan a la salud- enfermedad son distintos para cada grupo, su definición está permeada por la clase social a la que pertenecen, pero sobre todo por la influencia de su historia familiar. Estos significados evidenciaron las polaridades con que actualmente se entiende esta diada. Un grupo, sobre todo quienes están afiliados al régimen subsidiado y algunos del régimen contributivo, aproxima estas enunciaciones a partir del paradigma medicalizante-biologisista, de manera restringida relacionan los constructos salud-enfermedad desde el nivel físico, haciendo alusión a la presencia de síntomas como el indicador que define una condición de enfermedad o de salud. Quienes tienen medicina prepagada definen la relación salud-enfermedad como un proceso que trasciende la presencia o ausencia de síntomas, igualmente incluyen la dimensión emocional como otro aspecto importante que debe ser evaluado y tenido en cuenta. Esta diferenciación puede entenderse dado su nivel educativo y las experiencias con el tratamiento de las enfermedades que cada grupo ha tenido. Quienes tienen medicina prepagada son críticos y propositivos frente a la necesidad de que los procesos terapéuticos para controlar la DM2 y/o HTA trasciendan de la medicalización y de la instrucción frente al cambio comportamental. Se propone que estas patologías sean tratadas integralmente desde enfoques y perspectivas que trasciendan de la competencia del sector salud diferencia de los afiliados al régimen subsidiado y contributivo. Las personas afiliadas al régimen subsidiado y algunos del contributivo dan opiniones frente a los tratamientos, tal y como están planteados su nivel de crítica se circunscribe a manifestar quejas y reclamos. Unos y otros plantean la necesidad de sentirse acogidos humanamente por las entidades de salud, lo que consideran se vería reflejado en la mayor adhesión a los tratamientos.

El último aspecto de indagación, pero no menos importante, era describir los procesos de socialización de los informantes. La investigadora planteó inicialmente una hipótesis implícita: que estos procesos estaban relacionados con la apropiación o no de las prescripciones médicas. Es decir, que la trayectoria vital de los sujetos influía

significativamente en sus comportamientos actuales con relación a su proceso salud-enfermedad, dado que la historia marca significativamente el presente de la vida de los sujetos es un punto de referencia para comprenderlo cargando de razón el sentido de su acción. Detallar dichos procesos incluía la caracterización de la dinámica relacional de los informantes con sus distintos grupos y escenarios de vínculo social: familia, amigos, educativo y laboral. Al realizar la pesquisa el escenario de los amigos, laboral y educativo no cobró relevancia para los sujetos, dieron muy poca información al respecto pareciera que no son tan relevantes y significativos en su desenvolvimiento social. Al contrario la familia cobró relevancia en este análisis se confirmó otra hipótesis implícita de la investigadora: la familia a diferencia de otro grupo social era determinante en el proceso del surgimiento y vivencia de las ECNT. Dicha hipótesis estuvo soportada bajo el argumento de que la familia es el primer escenario de socialización, por esta razón aporta la mayor carga de elementos de identificación que se verán reflejados, posteriormente, en lo que los sujetos hacen en su día a día. Se pudo concluir que las relaciones con los grupos de referencia más próximos: familia de origen y familia actual ocupan lugar importante e influyente en los procesos de generación y terapéutico de las enfermedades.

Fue significativo evidenciar la relación entre la huella familiar, la apropiación o no de prescripciones y el manejo que se da a las patologías. Dos ejemplos pueden explicitar dicha relación:

Cuando la dinámica familiar cambia a causa de procesos migratorios, cambio de ciclo vital de los miembros (paso de niñez a edad adulta), incursión a espacios laborales - educativos y limitaciones con el poder adquisitivo se dificulta el mantenimiento de los hábitos saludables. La alimentación se hace menos balanceada, se come lo que se puede y tiene a disposición por oferta o por capacidad económica de compra. Los informantes son ahora consumidores de lo que la sociedad moderna oferta, estas condiciones llevan a que adquirir hábitos saludables sea cada vez menos probable.¹⁸² Lo que antes era una práctica colectiva familiar, pasa a ser en un ejercicio individual al cual los sujetos no le prestan mayor importancia. En general en los informantes tuvieron mayor disciplina con la

¹⁸² A pesar que actualmente los informantes están sensibilizados frente a la importancia del consumo de una alimentación saludable para mantener y mejorar un buen estado de salud.

alimentación siendo niños, cuando sus referentes familiares se ocupaban de esta labor, sobre todo con los horarios de comida.

Los informantes plantean que las situaciones emocionales y de estrés son las condiciones que descontrolan su condición de salud; sin embargo son los aspectos que menos son atendidos por ellos y por los programas en los cuales están inscritos. Al parecer los sujetos carecen de herramientas personales para sobre llevar dichos acontecimientos, situación que puede ser entendida por un lado por sus procesos familiares primarios, en todos los casos los roles de proveeduría de los referentes familiares cobraron mayor relevancia que los acompañamientos afectivos y emocionales, por otro lado los programas en los cuales están inscritos no dan ninguna orientación referida al manejo del estrés.

4. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, Luis. E. El estructuralismo genético y los estilos de vida: consumo, distinción y capital simbólico en la obra de Pierre Bourdieu. S.f.

ARELLANO, Oliva y PEÑA, Florencia. “Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano”. Medicina social. Vol. 1, Núm. 3, 2006.

BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. Modernidad, Pluralismo y Crisis de sentido. Barcelona: Paidós Editores, 1997.

-----, La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrurto Editores, 1991.

BERNAL, Isabel. “La familia en la determinación de la salud”, Cubana Salud Pública. Vol. 29, 2003.

BOURDIEU, Pierre. El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. Argentina: Veintiuno Editores, 2010.

BRICEÑO, Roberto Endemias, epidemias y modas. “*La Sociología médica en América Latina*”. Revista española de Sociología. Federación española de Sociología. 2003.

CASTELLANOS, Gabriela. Sexo, Género y Feminismo. Universidad del Valle. Colombia. 2006

COCKERHAM, William. “Health Sociology In a Globalizing world”. Política y Sociedad. Vol. 48 Núm.2, 2011.

COFFEY, Amanda y ATKINSON, Paul. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 1996.

COLOMBIA. Congreso de la república. “ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Adoptada en Bogotá, Colombia, 1993.

COLPATRIA. Seguros. “Qué es medicina prepagada”. Disponible en: <http://www.arpcolpatria.com/portaluicolpatria/portalcopatria/paginas/documento.aspx?idr=4518>, recuperado: 3 de febrero de 2013.

DOUGLAS, Mary. El Mundo de los bienes. Hacía una antropología del consumo. México: Grijalbo, 1979.

DUARTE, Everardo. Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas.: OPS-CIESU, 1986.

DURAN, Víctor. “Detener el aumento de las enfermedades crónicas La epidemia de todos” [en línea], disponible en: <http://saludambiental.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=15159&S22=b>, recuperado: 12 de marzo de 2009.

DURKHEIM, Emile. El suicidio. Madrid: Akal editor, 1976.

FREEMAN, Howard et.al. (comp.). Manual de Sociología Médica. México: Fondo de cultura económica, 1998.

GOFFMAN, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1992

KRMPOTIC, Claudia (Comp.). Cuidados, Terapias y Creencias en la atención de la salud. Buenos Aires: Editorial Espacio, 2008.

MARTI, Consuelo. “Qué es la epidemiología”, [en línea], disponible en: http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/archive/2007/04/08/63013.aspx, recuperado: 13 de marzo de 2009.

MERCADO, Francisco, et al. “The patient’s perspective. Reflections on past, present, and future in the chronic illness experience”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. República de Colombia. “servicio de salud para el Magisterio”. http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-190216_archivo_pdf_salud.pdf, recuperado: 3 de febrero de 2013.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. “Régimen contributivo” Disponible en línea en: <http://http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/régimenContributivo.aspx>, recuperado: 3 de febrero de 2013.

----- “resolución número 412 de 2000”. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

MORA, Martín. La teoría de las representaciones sociales. Athenea digital. No. 2. 2002

MORSE, Janice. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Medellín. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 1994.

NODA, Julio, et al. “Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Disponible en línea en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n2/v19n2ao4.pdf>, recuperado: 10 de enero de 2013.

PALACIO, María Cristina. Familia y violencia familiar. Manizales: Fresco. 2004 P. 8

PARRA, Socorro. et al, “modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de Salud Pública”, en revista de Saúde Pública, vol. XXXIII, núm. 3. 1999

ROJO, Nereida y GARCÍA, Rosario. “Sociología y Salud. Reflexiones para la acción”. Rev. Cubana de Salud Pública, 2000.

SAUTU. Ruth, et al. Manual de metodología. Buenos Aires: Clacso, 2005.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. “Qué es el régimen subsidiado”. Disponible en línea en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>, recuperado: 3 de febrero de 2013.

SOSSA, Alexis. Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo., *Polis* [En línea], 28 | 2011, Puesto en línea el 15 abril 2012, consultado el 26 marzo 2013. URL: <http://polis.revues.org/1417> ; DOI : 10.4000/polis.1417.

TÉLLEZ, Gustavo. “El concepto de habitus”. Universidad pedagógica nacional. Colombia: 2002.

WOLCOTT, Harry. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Medellín. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2001.

FUENTES PRIMARIA

CONFERENCIA. Breilh, Jaime. “Epidemiología crítica: determinación social de la salud, el derecho de salud y estrategias de incidencia” Seminario taller. Universidad Libre de Cali. Facultad de ciencias de la salud, en Cali el 22 de marzo 2009.

ENTREVISTA con Juan José Jaramillo, Sociólogo, profesor Facultad de ciencias de la salud Universidad Libre, en Cali el Marzo 4 de 2009.

MORTALIDAD RESIDENTES EN CALI, caso sexo y edad. Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali, 2012.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA ACEPTACIÓN INSTITUCIONAL

Con _____ este _____ documento _____ la
EPS/ESE/EMP _____, deja constancia que
conoce los propósitos del proyecto ***trayectorias de vida, estilos de vida y
representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no
transmisible –ECNT-: diabetes y/o hipertensión en la ciudad de Cali*** y
acepta participar de manera voluntaria aportando información general (datos
personales) de los usuarios de los programas de hipertensión y diabetes que
actualmente lidera la institución. Del mismo modo se compromete a velar
por que los investigadores hagan un manejo confidencial de la información
que recolecten.

Para constancia de lo anterior se firma a los _____ días del mes de
_____ de _____

Atentamente,

Anexo 2												
Matriz clasificación de informantes												
TOTAL ENTREVISTAS PROYECTADAS: 48												
TOTAL ENTREVISTAS REALIZADAS: 40												
		Patología	19 a 29 AÑOS			30 a 50 AÑOS			51 a 62 AÑOS			
Regimen de Salud	Sexo	Nivel de riesgo	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e Hipertensión	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e Hipertensión	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e Hipertensión	
Subsidiado	Hombre	Bajo		HA 1.3.23		HC 3.5.22.1	HB 1.2.41	HB 4.2.6.1	HC 3.4.11	HC 1.4.21.	HC 4.4.7.	
		Alto		HA 2.3.17			HC 2.5.16			HC 2.4.5		
	Mujer	Bajo	MA 3.5.20		MA 4.3.19	MB 3.3.14	MB 1.1.2.1	MB 4.3.10	MC 3.2.13.1	MC 1.4.4.1	MC 4.2.3	
		Alto		MA 2.1.12			MB 2.2.1			MC 2.4.8		
	Contributivo y planes complementarios	Hombre	Bajo		HA 1.6.36		HB 3.6.45	HB 2.6.27		HC 3.6.33	HC 1.7.29	
			Alto					HB 2.6.26			HC 2.6.43	
Mujer		Bajo	MA 3.6.38	MA 1.6.39	MA 4.6.31	MB 3.6.44	MB 1.7.32	MB 4.6.37	HC 3.6.46	MC 1.7.28	MC 4.6.35	
		Alto		MA 2.6.25			MB 2.6.27			MC 2.7.30		
CONVENCIONES												
Caso NO encontrado												

Anexo 3					
Guía de Entrevista Semi-estructura					
TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI					
Numeración				CATEGORÍA	DEFINICIÓN
				Representación de la enfermedad	Idea, significado y asociación que expresa el impacto de la enfermedad en la vida de las personas diagnosticadas.
1. Antes del diagnóstico					
1	1			Reconstrucción de los proceso de socialización primaria y secundaria	Recuperación intencional de la historia de vida de las personas diagnosticadas, evidenciando los procesos de alimentación, recreativos, laborales, educativos, de salud, sociales y comunitarios.
1	2			Caracterización de la familia de origen	Descripción de la familia de origen de las personas diagnosticadas, teniendo en cuenta las relaciones, las actividades y los roles que desempeñan.
1	2	1		Estructura familiar	Descripción de la conformación (estructura) de la familia de origen (padres hermanos, referentes significativos y dinámica familiar) de las personas diagnosticadas.
1	2	2		Dinámicas de interacción familiar	Pautas relacionales y dinámicas de interacción entre los miembros de la familia.
1	3			Estilos de vida	Actividades que los sujetos desarrollan cotidianamente (todos los días o siempre) con cierta continuidad, producto de una manera determinada en que organizan su vida social.
1	3	1		Prácticas Alimenticias	Descripción de los alimentos, formas de preparación, personas encargadas de esta tarea, formas de consumo, decisiones frente a qué, por qué y cómo comer. Del mismo modo que alimentos se consumían en otros espacios de socialización (escuela y amigos)
1	3	2		Prácticas de salud y manejo de enfermedad	Actividades que las personas realizan para el manejo de la salud y la enfermedad, las cuales son leídas en diferentes momentos del ciclo vital
1	3	2	1	Prácticas formales para el manejo de la salud y la enfermedad	Descripción de las actividades y relación de uso (en qué circunstancias, quién se encargaba de esta labor, frecuencia) de los servicios de salud formales por parte de la familia de origen y de las personas diagnosticadas. Identificación de formas particulares en qué se atendían y atiende las situaciones de salud y enfermedad.
1	3	2	2	Prácticas tradicionales o culturales para el manejo de la salud y la enfermedad	Acciones culturales y tradicionales que la familia de origen y las personas diagnosticadas han implementado para el manejo de la salud y de la enfermedad. Éstas NO están inscritas en

					las prácticas formales de los servicios de salud.
1	3	3		Prácticas recreativas y ocupación del tiempo libre	Descripción de las actividades deportivas o de esparcimiento que realizaban y realizan las personas diagnosticadas en compañía de amigos, familiares, compañeros de colegio o escuela (Qué actividades, frecuencia, recurso económico e infraestructura física – existencia y estado- disponible para la realización de dichas actividades)
1	4			Ocupación de la mayor parte del tiempo	Actividades frecuentes que realizaban los diferentes miembros de la familia de origen de las personas diagnosticadas.
1	4	1		Actividades sociales y/o relacionales	Actividades en las que la familia dedicaba mayor parte del tiempo, pertenencia a redes sociales y grupos de amigos.
1	4	2		Actividades funcionales y productivas	Actividades labores que desempeñaban las personas antes del diagnóstico (gusto y satisfacción por este desempeño)
1	5			Antecedentes familiares de HTA y/o DM2	Presencia de la patología en referentes familiares de las personas diagnosticadas: Formas de manejo de estas enfermedades, razones por las cuales aparecen las enfermedades en estos referentes. Valoración sobre el manejo que hacía la persona..
1	6			Información previa	Todo contenido escrito o verbal que las personas tenían, previo al diagnóstico, sobre las enfermedades
1	6	1		Conocimiento previo de la enfermedad	Conocimiento sobre la enfermedad que las persona diagnosticada tenía previo al diagnóstico: causas, factores de riesgo, características de las personas que pueden presentarla, formas de tratamiento.
1	6	1	1	Fuentes información previa al diagnóstico	De dónde obtuvo esta información- espacios formales (médicos, documentos) o informales (familiares, amigos, medios de comunicación etc.) Identificar si los servicios de salud a los que pertenece le brindaban información al respecto de manera preventiva.
1	7			Procesos de cambio en el estilo de vida	Reconstrucción de los procesos mediante los cuales las personas identificadas cambian su condición de familia de origen a familia actual
2. Diagnóstico					
2	1			Señales de la presencia de la enfermedad	Explicación que las personas diagnosticadas dan a la aparición de la misma. Asociaciones que establecen
2	2			Confirmación del diagnóstico	De qué manera se confirma el diagnóstico: a través de procesos médicos formales, edad, tiempo de diagnóstico, estado civil, actividad laboral. Explicación médica sobre causas, severidad, factores relacionados y recomendaciones sobre el manejo.
2	3			Prácticas iniciales para el manejo de la	Descripción de las prácticas cotidianas que se

				enfermedad	adquirieron a partir del diagnóstico. Rutinas (alimenticias, vinculación o permanencia en grupos sociales o comunitarios, recreativas, de salud). Estas rutinas son coincidentes con las prescripciones médicas o no. Tiempo para adquirir dichas rutinas, explicitar si había agrado por su realización, dificultades (actitudinales, recurso económico) para implementar dichas rutinas, justificar. Cómo asumió la familia dichos cambios, los apropiaron también o sólo los realizó la persona diagnosticada.
2	3			Descripción del programa de HTA y DM2	Descripción sobre los programas de hipertensión y diabetes. En qué consiste, a quiénes está dirigido, profesionales a cargo, que tipo de atención se le brinda (curativa, prevención, promoción). Se detalla en qué consiste el programa, qué se hace, cuándo, quién, el papel de la persona diagnosticada
2	3	1		Adherencia al programa de HTA y DM2	Acatamiento sobre las prescripciones médicas, frecuencia de asistencia al programa y servicios de salud, motivación para seguir o no las orientaciones médicas.
2	4			Formas alternativas para el manejo de la HTA y/o DM2	Descripción de las estrategias y prácticas que las personas instalaron inicialmente para el manejo de la enfermedad. Estas prácticas deben hacer referencia a recursos propios, familiares, amigos, automedicación, no a procedimientos formales de salud
2	5			Información posterior	Todo contenido escrito o verbal que las personas diagnosticadas tienen hoy sobre las enfermedades
2	5	1		Conocimiento actual de la enfermedad	Conocimiento sobre la enfermedad que las personas diagnosticadas tienen hoy: causas, factores de riesgo, características de las personas que pueden presentarla, formas de tratamiento.
2	5	2		Fuentes información posterior al diagnóstico	De dónde obtuvo esta información- espacios formales (médicos, documentos) o informales (familiares, amigos, medios de comunicación etc.) Identificar si los servicios de salud a los que pertenece le brindaban información al respecto de manera preventiva.
3. Etapa Posterior al Diagnóstico					

3	1			Practicas apropiadas para el manejo de la enfermedad	Descripción de las actividades (alimenticias, vinculación o permanencia en grupos sociales o comunitarios, recreativas, de salud) que la personas diagnosticadas han apropiado como rutinaria luego del diagnóstico. Razones por las cuáles se apropiaron.
3	2			Practicas NO apropiadas para el manejo de la enfermedad	Descripción de las actividades (alimenticias, vinculación o permanencia en grupos sociales o comunitarios, recreativas, de salud) que la persona diagnosticada NO han apropiado como rutinaria, pese a que fueron prescritas por el personal de salud. Razones por las cuáles no se apropiaron.
3	3			Valoración en mejoramiento de condición de salud	Manifestación que hacen las personas diagnosticadas sobre su condición de salud actual: Ha mejorado, no se nota la mejora, ha empeorado. Evidenciar la justificación.
3	4			Valoración del proceso de tratamiento	Opinión que manifiestan las personas diagnosticadas sobre el impacto en el mejoramiento de su salud, a partir de la forma en qué han tratado el padecimiento. (Cómo ha influido el programa, cómo han influido las prácticas que ha apropiado, cómo han influido las acciones implementadas por fuera de la prescripción médica)
3	5			Eventos que precipitan descontrol de la enfermedad	Situaciones que las personas identifican precipitan el descontrol de la enfermedad.
3	6			Recomendaciones para ampliar el conocimiento y manejo de las enfermedades	Opiniones y sugerencias que dan las personas diagnosticadas sobre la información y/u orientación que se debe brindar sobre estas enfermedades desde los servicios de salud formales
4. imaginarios de género, clase y raza					
4	1			Influencia del género, clase y raza	Opinión que tienen las personas diagnosticadas, sobre la relación entre el género, la clase o la raza y la parición del la enfermedad. Existe una idea generalizada que estas enfermedades se presentan en mayor medida en mujeres que hombres, en personas de estrato económico bajo y en personas afrodescendientes.
5. Percepción salud y enfermedad					
5	1			Percepción sobre estar saludable	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre el ser saludable. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido
5	2			Percepción sobre estar enfermo	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre estar enfermo. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.

5	3			Percepción sobre el concepto de enfermedad	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre el concepto de enfermedad. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.
5	4			Percepción sobre el concepto de salud	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre el concepto de salud. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.
5	5			Significado de ser denominado hipertenso y/o Diabético	Refiere al significado que le dan las personas diagnosticadas a ser llamados hipertensos y/o diabéticos
6. Percepción factores de Riesgo					
6	1			Percepción sobre consumo de tabaco	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre consumir tabaco. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.
6	2			Percepción sobre realización de actividad física	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre realizar actividad física. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.
6	3			Percepción sobre el consumo de alcohol	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen sobre consumir alcohol. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.
6	4			Percepción sobre alimentación adecuada consumo balanceado de frutas y verduras-	Refiere a la idea o asociación que las personas diagnosticadas tienen la alimentación adecuada. Importa contextualizar si esta percepción ha sido siempre la misma o varió de acuerdo al proceso de la enfermedad que ha vivido.
6	5			Factores de riesgo tradicionales	Identificación de factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad en la familia de origen, la familia actual e incluso en la misma persona diagnosticada. Entre ellos, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y alimentación inadecuada.
7. Otros					
7	1			Experiencia con y valoración del sistema de salud	Descripción de la experiencia que las personas diagnosticadas han tenido con el sistema de salud
7	2			Prácticas cotidianas de las personas	Actividades que las personas diagnosticadas

				diagnosticadas	realizan frecuentemente. A qué dedican actualmente la mayor parte de su tiempo: una labor doméstica, un trabajo remunerado, etc.
--	--	--	--	----------------	--

CATEGORÍAS EMERGENTES

Anexo 4		
MATRIZ PARA ORGANIZAR INFORMACIÓN		
TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI		
Régimen de salud y sexo	Patología por nivel de complicación (HTA, DM2 o HTA y DM2)	
Representación de la enfermedad; significado de ser denominado hipertenso y/o Diabético E Influencia del género, clase y raza en la aparición de la enfermedad		
Salud-enfermedad	Antecedentes familiares	Visión actual
	• Prácticas formales para el manejo de la salud y la enfermedad • Prácticas tradicionales o culturales para el manejo de la salud y la enfermedad	• Percepción sobre el concepto de salud • Percepción sobre el concepto de enfermedad • Percepción sobre estar enfermo • Percepción sobre estar saludable • Experiencia con y valoración del sistema de salud
Factores de riesgos Hoy	• Percepción sobre consumo de tabaco • Percepción sobre realización de actividad física • Percepción sobre el consumo de alcohol • Percepción sobre alimentación adecuada consumo balanceado de frutas y verduras	
Antes del Diagnóstico	Diagnóstico	Posterior al Diagnóstico

Antecedentes	Historia Familiar	• Señales presencia de enfermedad • Confirmación del diagnóstico • Programa * Descripción * Manejo inicial de la enfermedad * Prácticas iniciales para el manejo de la enfermedad	• Adherencia al programa de HTA y DM * Prácticas apropiadas para el manejo de la enfermedad * Prácticas NO apropiadas para el manejo de la enfermedad • Formas alternativas para el manejo de la HTA y/o DM • Eventos que precipitan descontrol de la enfermedad • Información posterior * Conocimiento actual de la enfermedad * Fuentes información posterior al diagnóstico * Recomendaciones para ampliar el conocimiento y manejo de la enfermedad • Prácticas cotidianas • Valoración tratamiento * Mejoramiento de condición de salud * Proceso de tratamiento
	• Estructura familiar • Dinámicas de interacción familiar • Prácticas Alimenticias • Prácticas recreativas y ocupación del tiempo libre • Actividades sociales y/o relacionales • Actividades funcionales y productivas • Factores de riesgo familiar		
	HTA y/o DM2		
	• Antecedente familiar • Información previa * Conocimiento de la enfermedad * Fuentes información		

MATRIZ DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN							
Categoría	DAGNOSTICO:						Comentario analítico
	Subsidiado		Contributivo		Planes complementarios (medicina prepagada)		
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	

ANEXO 5		
PLAN DE ANÁLISIS DEFINITIVO (DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN)		
TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI		
Régimen de salud y sexo	Patología , nivel de complicación (HTA, DM2 o concomitante)	
Bloque temático	Categorías	
Enfermedad crónica no transmisible -ECNT-(diabetes y/o hipertensión)	1.1 PERCEPCIONES	• Significado de la enfermedad • ser denominado hipertenso y/o Diabético • Influencia del género, clase y raza • Eventos que precipitan descontrol de la enfermedad
	1.2 Conocimiento frente a la ECNT	• Información previa *Conocimiento previo de la enfermedad *Fuentes información • Información posterior * Conocimiento actual de la enfermedad * Fuentes información posterior al diagnóstico
	1.3 Vivencia de la enfermedad	
	1.3.1 Diagnóstico	• Señales presencia de enfermedad • Confirmación Diagnóstico • Manejo inicial de la enfermedad * Inscripción a tratamiento *Prácticas iniciales para el manejo de la enfermedad
	1.3.2 Posterior al diagnóstico	• Descripción • Adherencia al programa de HTA y DM2 * Prácticas apropiadas para el manejo de la enfermedad * Prácticas NO apropiadas para el manejo de la enfermedad • Formas alternativas para el manejo de la HTA y/o DM • Valoración *Tratamiento

		* Condición de salud • Recomendaciones para ampliar el conocimiento y manejo de la enfermedad
Estilos de Vida (EV)	Prácticas cotidianas	
	Salud-enfermedad, visión actual	• Percepción sobre el concepto de salud • Percepción sobre el concepto de enfermedad • Percepción sobre estar enfermo • Percepción sobre estar saludable • Prácticas formales para el manejo de la salud y la enfermedad • Prácticas tradicionales o culturales para el manejo de la salud y la enfermedad
	Factores de riesgo	• Percepción sobre consumo de tabaco • Percepción sobre realización de actividad física • Percepción sobre el consumo de alcohol • Percepción sobre alimentación adecuada consumo balanceado de frutas y verduras
Trayectorias de vida	Reconstrucción de los procesos de socialización primaria y secundaria	• Estructura familiar • Dinámicas de interacción familiar • Prácticas Alimenticias • Prácticas recreativas y ocupación del tiempo libre • Actividades sociales y/o relacionales • Actividades funcionales y productivas • Prácticas formales para el manejo de la salud y la enfermedad • Prácticas tradicionales o culturales para el manejo de la salud y la enfermedad
	ECNT	• Antecedente familiar • Factores de riesgo familiar

Anexo 6					
TRAYECTORIAS DE VIDA, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI					
COMPARATIVO TIEMPO DE DIAGNOSTICO Y TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO					
Código de identificación Alfa- numérico	Regimen Subsidiado	Regimen Contributivo	Planes complementarios	Tiempo diagnóstico	Tiempo de inscripción a programa de control
HIPERTENSIÓN RIESGO BAJO					
HB 1.2.41	x			29 años	10 años
HC 1.4.21.	x			5 años	5 años
HA 1.3.23	x			1 año	1 año
MB 1.1.2	x			4 años	4 años
MC 1.4.4	x			4 años	4 años
MB 1.7.32			x	2 años	2 años
MC 1.7.28			x	4 años	4 años
HC 1.7.29			x	1 año	1 año
HA 1.6.36		x		5 años	5 años
MA 1.6.39		x		4 años	4 años
HIERTENSIÓN RIESGO ALTO					
HA 2.3.17	x			2 años	2 años
MC 2.4.8	x			10 años	No recuerda
HC 2.5.16	x			14 años	10 años
MA 2.1.12	x			2 años	No recuerda
MB 2.2.1	x			4 años	4 años
HC 2.4.5	x			3 años	2 años
MC 2.7.30			x	10 años	10 años
MB 2.6.27		x		2 años	2 años
MA 2.6.25		x		5 años	5 años
HC 2.6.43		x		11 años	Posteriormente
HB 2.6.26		x		5 años	5 años
DIABETES MELLITUS TIPO 2					
MA 3.5.20	x			1 año	1 año
HC 3.4.11	x			15 años	11 años
MB 3.3.14	x			5 años	4 años
MA 3.6.38	x			13 años	2 años
HC 3.6.33		x		5 años	5 años
HB 3.6.45		x		1 año	1 año
MB 3.6.44		x		15 años	2 años
HC 3.5.22	x			15 años	13 años
MC 3.2.13	x			6 años	5 años
HC 3.6.46		x		1 año	1 año
DIABETES MELLITUS TIPO 2 e HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
MA 4.3.19	x			4 años	No recuerda
MB 4.3.10	x			2 años	2 años
HC 4.4.7	x			10 años	6 años
MC 4.2.3	x			30 años	No recuerda
HC 4.7.42			x	28 años	No recuerda
MA 4.6.31		x		2 años	2 años
MB 4.6.37		x		5 años	No recuerda
MC 4.6.35		x		6 años	2 años y medio
HB 4.2.6	x			4 años	3 años

Anexo 7				
TRAYECTORIAS DE VIDA , ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI				
FRECUENCIA TOMA DE MEDICAMENTO				
Código de identificación Alfa- numérico	Regimen Subsidiado	Regimen Contributivo	Planes complementarios	Frecuencia
HIPERTENSIÓN RIESGO BAJO				
HB 1.2.41	x			Irregular
HC 1.4.21.	x			Regular
HA 1.3.23	x			Irregular
MB 1.1.2	x			Irregular
MC 1.4.4	x			Siempre
MB 1.7.32			x	Siempre
MC 1.7.28			x	Siempre
HC 1.7.29			x	Siempre
HA 1.6.36		x		Irregular
MA 1.6.39		x		Regular
HIERTENSIÓN RIESGO ALTO				
HA 2.3.17	x			Siempre
MC 2.4.8	x			Siempre
HC 2.5.16	x			Siempre
MA 2.1.12	x			Siempre
MB 2.2.1	x			Siempre
HC 2.4.5	x			Siempre
MC 2.7.30			x	Siempre
MB 2.6.27		x		Siempre
MA 2.6.25		x		Irregular
HC 2.6.43		x		Siempre
HB 2.6.26		x		Irregular
DIABETES MELLITUS TIPO 2				
MA 3.5.20	x			Siempre
HC 3.4.11	x			Siempre
MB 3.3.14	x			Siempre
MA 3.6.38	x			No medicada
HC 3.6.33		x		No toma
HB 3.6.45		x		Siempre
MB 3.6.44		x		Irregular
HC 3.5.22	x			Irregular
MC 3.2.13	x			Siempre
HC 3.6.46		x		Siempre
DIABETES MELLITUS TIPO 2 e HIPERTENSIÓN ARTERIAL				
MA 4.3.19	x			Regular
MB 4.3.10	x			Irregular
HC 4.4.7	x			Regular
MC 4.2.3	x			Regular
HC 4.7.42			x	Regular
MA 4.6.31		x		Irregular
MB 4.6.37		x		Irregular
MC 4.6.35		x		No se la toma
HB 4.2.6	x			Regular

Anexo 8				
TRAYECTORIAS DE VIDA , ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI				
FRECUENCIA ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS				
Código de identificación Alfa- numérico	Regimen Subsidiado	Regimen Contributivo	Planes complementarios	Frecuencia
HIPERTENSIÓN RIESGO BAJO				
HB 1.2.41	x			No asiste
HC 1.4.21.	x			Siempre
HA 1.3.23	x			Irregular
MB 1.1.2	x			Siempre
MC 1.4.4	x			Irregular
MB 1.7.32			x	Siempre
MC 1.7.28			x	Regular
HC 1.7.29			x	Regular
HA 1.6.36		x		Irregular
MA 1.6.39		x		Siempre
HIERTENSIÓN RIESGO ALTO				
HA 2.3.17	x			Regular
MC 2.4.8	x			Irregular
HC 2.5.16	x			Siempre
MA 2.1.12	x			Siempre
MB 2.2.1	x			Regular
HC 2.4.5	x			No asiste
MC 2.7.30			x	Regular
MB 2.6.27		x		Regular
MA 2.6.25		x		Irregular
HC 2.6.43		x		Siempre
HB 2.6.26		x		Irregular
DIABETES MELLITUS TIPO 2				
MA 3.5.20	x			Siempre
HC 3.4.11	x			Regular
MB 3.3.14	x			Siempre
MA 3.6.38	x			Irregular
HC 3.6.33		x		Irregular
HB 3.6.45		x		Irregular
MB 3.6.44		x		Siempre
HC 3.5.22	x			Irregular
MC 3.2.13	x			Irregular
HC 3.6.46		x		Siempre
DIABETES MELLITUS TIPO 2 e HIPERTENSIÓN ARTERIAL				
MA 4.3.19	x			Regular
MB 4.3.10	x			Irregular
HC 4.4.7	x			Regular
MC 4.2.3	x			Regular
HC 4.7.42			x	Irregular
MA 4.6.31		x		Regular
MB 4.6.37		x		Irregular
MC 4.6.35		x		Irregular
HB 4.2.6	x			Regular

Anexo 9										
TRAYECTORIAS, ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI										
VALORACIÓN CONDICIÓN DE SALUD										
Código de identificación Alfa- numérico	Regimen Subsidiado	Regimen Contributivo	Planes complementarios	Mejorado	Estable	Nunca se ha sentido enfermo	Ha empeorado	Indiferente el tratamiento	No ha servido el tratamiento	Si ha servido el tratamiento
HIPERTENSIÓN RIESGO BAJO										
HB 1.2.41	x					x			x	
HC 1.4.21.	x					x		x		
HA 1.3.23	x				x				x	
MB 1.1.2	x									
MC 1.4.4	x				x					
MB 1.7.32			x	x						x
MC 1.7.28			x	x						x
HC 1.7.29			x		x					
HA 1.6.36		x			x					x
MA 1.6.39		x			x					x
HIERTENSIÓN RIESGO ALTO										
HA 2.3.17	x			x						x
MC 2.4.8	x				x				x	
HC 2.5.16	x			x						
MA 2.1.12	x			x						x
MB 2.2.1	x				x					x
HC 2.4.5	x			x						x
MC 2.7.30			x							
MB 2.6.27		x		x						x
MA 2.6.25		x			x				x	
HC 2.6.43		x		x						x
HB 2.6.26		x					x			
DIABETES MELLITUS TIPO 2										
MA 3.5.20	x				x				x	
HC 3.4.11	x				x					x
MB 3.3.14	x				x				x	
MA 3.6.38	x						x			
HC 3.6.33		x					x			
HB 3.6.45		x			x				x	
MB 3.6.44		x		x					x	
HC 3.5.22	x			x						x
MC 3.2.13	x			x						x
HC 3.6.46		x		x						x
DIABETES MELLITUS TIPO 2 e HIPERTENSIÓN ARTERIAL										
MA 4.3.19	x				x					
MB 4.3.10	x			x						x
HC 4.4.7	x									
MC 4.2.3	x				x					
HC 4.7.42			x		x					
MA 4.6.31		x			x				x	
MB 4.6.37		x					x		x	
MC 4.6.35		x								
HB 4.2.6	x						x			x

ANEXO 10					
TRAYECTORÍAS , ESTILOS DE VIDA Y REPRESENTACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE –ECNT-: DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN EN LA CIUDAD DE CALI					
HISTORIAL DE CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO					
HIPERTENSIÓN RIESGO BAJO					
Código de identificación Alfa-numérico	Regimen Subsidiado	Regimen Contributivo	Planes complementarios	Consumo tabaco	Consumo alcohol
HB 1.2.41	x			No	No
HC 1.4.21.	x			Si	Si
HA 1.3.23	x			No	Si
MB 1.1.2.1	x			No	No
MC 1.4.4.1	x			No	No
MB 1.7.32			x	Si	Si
MC 1.7.28			x	Si	No
HC 1.7.29			x	Si	Si
HA 1.6.36		x		Si	Si
MA 1.6.39		x		No	Si
HIPERTENSIÓN RIESGO ALTO					
HA 2.3.17	x			No	Si
MC 2.4.8	x			No	Si
HC 2.5.16	x			No	Si
MA 2.1.12	x			No	Si
MB 2.2.1	x			No	No
HC 2.4.5	x			No	Si
MC 2.7.30			x	Si	Si
MB 2.6.27		x		No	Si
MA 2.6.25		x		No	Si
HC 2.6.43		x		Si	Si
HB 2.6.26		x		Si	Si
DIABETES MELLITUS TIPO 2					
MA 3.5.20	x			No	Si
HC 3.4.11	x			No	Si
MB 3.3.14	x			No	Si
MA 3.6.38	x			No	Si
HC 3.6.33		x		Si	No
HB 3.6.45		x		No	Si
MB 3.6.44		x		Si	No
HC 3.5.22.1	x			No	Si
MC 3.2.13.1	x			No	No
HC 3.6.46		x		No	Si
DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
MA 4.3.19	x			No	Si
MB 4.3.10	x			No	No
HC 4.4.7.	x			Si	No
MC 4.2.3	x			No	Si
HC 4.7.42			x	Si	Si
MA 4.6.31		x		No	Si
MB 4.6.37		x		Si	Si
MC 4.6.35		x		No	Si
HB 4.2.6.1	x			Si	Si