

**SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS CON HTA AFILIADOS A
UNA EPS DE CALI, 2012**

MARIA CEILA GALEANO BAUTISTA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2013**

**SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS CON HTA AFILIADOS A
UNA EPS DE CALI, 2012**

MARIA CEILA GALEANO BAUTISTA

Trabajo de Grado para optar al título de Magíster en Salud Pública

Directora:

Constanza Díaz Grajales, MSP

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2013

Dedicatoria

A Dios por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible; por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haberme dado salud para lograr mis metas, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este proceso

A mi hija July, quien cedió los espacios de encuentro madre e hija para realizar y culminar este posgrado. Por ser mi apoyo incondicional quien con su sonrisa me motiva, es fuente de inspiración y la razón que me impulsa a seguir adelante. Te amo, Dios te bendiga.

A mi esposo Orlando, por compartir el día a día con amor, paciencia y cariño apoyándome y motivándome a seguir adelante

A mis padres Alvaro y María y a mis hermanos Fercho y mono, quienes siempre han confiado en mi

Agradecimientos

Primero que todo a Dios, por darme la oportunidad de realizar este postgrado.

A mi hija July, a mi esposo Orlando, por estar siempre a mi lado.

A mi directora de tesis Constanza Díaz Grajales, quién con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

A la Dra. Janeth Mosquera, la Dra. Amparo Bermúdez y la Dra. Sheila Gómez por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

A los profesores la Dra. Olga Gómez, el Dr. Carlos Augusto Hernández, y el Dr. Ramiro Montaña por sus aportes en esta formación como profesional.

A mis compañeros de maestría cohorte 2006 y 2010 con quienes compartí más que un salón de clases.

A la entidad de salud de Cali por su colaboración para hacer realidad este proyecto

A las personas participantes por su voluntad, disposición y colaboración en este estudio

Ceila Galeano Bautista

Contenido

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. MARCO INTERPRETATIVO (REFERENTE CONCEPTUAL).....	20
2.1 Significados	21
2.1.1 Los significados desde diferentes perspectivas	21
2.1.2 Concepto de significados	25
2.1.2 Algunas nociones guía	28
2.2 HTA como condición crónica	30
2.3 Adherencia.....	35
3. OBJETIVOS.....	40
3.1 General.....	40
3.2 Específicos	40
4. METODOLOGÍA	40
5. RESULTADOS	49
5.1 Experiencias, vivencias y saberes relacionados con la enfermedad	50
5.2 Significados de la enfermedad	59
5.3 Discusión sobre los significados de la enfermedad	61
5.4 Experiencias, vivencias y saberes relacionados con la adherencia al tratamiento.....	68
5.5 Significados de la adherencia al tratamiento	81
5.6 Discusión de los significados de la adherencia al tratamiento	86
6. REFLEXIONES FINALES	109
6.1 Experiencias de los sujetos hipertensos.....	110
6.2 Vivencias cotidianas y en los servicios de salud de los sujetos hipertensos.....	110
6.3 Saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad y a la adherencia al tratamiento.	111
6.4 Los significados que tiene para el sujeto la HTA y la adherencia al tratamiento.	112
6.5 Implicaciones.....	113
6.6 Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones	117

7. BIBLIOGRAFIA.....	120
8. ANEXOS.....	131
Anexo No 1. Consentimiento Informado	131
Anexo No 2. Tópicos para las Entrevistas semiestructuradas	133
Anexo No 3. Carta de Aprobación del comité científico de la EPS.....	134
Anexo No 4. Carta de Aprobación del Comité de ética Universidad del Valle	136
Anexo No 5. Categorización	138

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Subcategorías de las experiencias de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con la enfermedad.....	50
Tabla 2. Subcategorías de las vivencias cotidianas de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con la enfermedad.....	53
Tabla 3. Subcategorías de las vivencias en los servicios de salud de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad.....	56
Tabla 4. Subcategorías de los saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad.....	57
Tabla 5. Significados de la enfermedad.....	59
Tabla 6. Subcategorías de las experiencias de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con el tratamiento.....	69
Tabla 7. Subcategorías de las vivencias cotidianas de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con la adherencia al tratamiento.....	75
Tabla 8. Subcategorías de las vivencias en los servicios de salud de los sujetos hipertensos con relación a su la enfermedad.....	80
Tabla 9. Subcategorías de los saberes de los sujetos hipertensos con relación a su adherencia al tratamiento.....	81
Tabla 10. Significados de la adherencia al tratamiento.....	82

TABLA DE SIGLAS

NOMBRE	SIGLA
Hipertensión Arterial	HTA
Organización Mundial de la Salud	OMS
Encuesta Nacional de Salud	ENS
Enfermedades Crónicas No Transmisibles	ECNT

SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS CON HTA AFILIADOS A UNA EPS DE CALI, 2012

RESUMEN

Objetivo: Comprender los significados relacionados con la enfermedad y su adherencia al tratamiento en sujetos, de 60 años y más, con HTA afiliados a una EPS que administra recursos del régimen contributivo en la ciudad de Cali.

Método: Es un estudio cualitativo, desde la perspectiva del interaccionismo simbólico. Participaron 4 hombres y 4 mujeres entre 60 a 83 años de edad, diagnosticados de hipertensión Arterial usuarios de una EPS de Cali. A cada uno se le realizaron entre 2 a 3 entrevistas semiestructuradas, las cuales se grabaron, transcribieron y procesaron manualmente. El análisis se hizo mediante una comparación y diferenciación sistemática y constante entre los relatos a través de la codificación y la categorización de los mismos. Se tuvo en cuenta la credibilidad, auditabilidad y la transferibilidad como rigor metodológico.

Resultados: Los significados están encaminados al cambio en la salud y pérdida de bienestar y de libertad, que son trascendentales para las personas del estudio; viven en un estado psicoemocional, consecuencia de la enfermedad; una realidad que comparten con otros, se aprehende los comportamientos y motivaciones de los sujetos enmarcados dentro de un sistema de relaciones sociales, familiares y en los servicios de salud.

Conclusiones: los significados que tienen de la enfermedad emergen de las experiencias, vivencias y saberes, de la comunicación con los profesionales de salud, con la familia y con otras personas próximas, implica concentrarse en los momentos en los que el ser-en-el-mundo cae y se pregunta por la propia existencia, la existencia de otros y las relaciones que se establecen en la interacción diaria. En cuanto a los significados que tienen de la adherencia al tratamiento “cumplimiento” revela que se han construido en función del tiempo, de las recomendaciones de los profesionales, de los ajustes que el sujeto hace a las mismas y de los costos y beneficios que obtiene.

PALABRAS CLAVES. Salud Pública, Investigación cualitativa, hipertensión, adhesión, acontecimientos que cambian la vida

ABSTRACT

Objective: To understand the meanings associated with the disease and adherence to treatment in subjects 60 years and older, with hypertension affiliated to an EPS that manages the contributory system resources in the city of Cali. **Method:** A qualitative study from the perspective of symbolic interactionism. Participants 4 men and 4 women between 60-83 years of age, diagnosed with hypertension Arterial users an EPS of Cali. To each were performed between 2-3 semi-structured interviews, which were recorded, transcribed and processed manually. The analysis was done by comparing a constant and systematic differentiation between the accounts through coding and categorizing them. Consideration was given credibility, auditability and portability as methodological rigor. **Results:** The meanings are aimed to change in health and loss of welfare and freedom, which are vital to people of the study; live in a psycho-emotional state, a result of the disease, a reality shared by others, is apprehended behaviors and motivations of the subjects framed within a system of social, family and health services. **Conclusions:** the meanings of the disease have emerged from the experiences, experiences and knowledge, communication with health professionals, family and others close, involves focusing on the times when the being-in-the -world falls and questions the very existence, the existence of others and establishing relationships in daily interaction. As for the meanings they have of adherence "fulfillment" shows that have been built in function of time, of the recommendations of the professionals, the adjustments that the subject does the same and the costs and benefits obtained .

KEYWORDS. Public Health, Qualitative Research, hypertension, adherence, life-changing events

INTRODUCCIÓN

Los significados atribuibles a la enfermedad y la adherencia al tratamiento por sujetos con HTA son múltiples y heterogéneos. Por un lado, hacen referencia al significado subjetivo que tiene para estas personas, quienes conscientemente los percibieron y los expresaron. Pero hay otros significados que se infieren a partir de pistas e indicios y que se refieren no sólo a las experiencias, vivencias y a la subjetividad de las personas del estudio sino también a diferentes aspectos del contexto familiar y social.

Estas personas hipertensas se mueven en horizontes abiertos a diversas interpretaciones potenciales de lo percibido en el ambiente, que se encuentra en constante cambio e innovación, dando lugar a una gama de posibilidades de significado que conducen a nuevos comportamientos y acciones y, por ende, de sus posibles relaciones con la enfermedad y la adherencia, lo cual ha llevado a profundizar en dichos comportamientos y acciones considerando las dimensiones simbólicas, sociales y culturales en el inicio de la enfermedad y en la trayectoria de la misma en el tratamiento.

A continuación se presenta el trabajo final de investigación titulado “la HTA y la adherencia al tratamiento: Dos fenómenos con significados inagotables”, que tiene por objetivo, comprender los significados relacionados con la enfermedad y su adherencia al tratamiento en sujetos, de 60 años y más, con HTA afiliados

a una EPS que administra recursos del régimen contributivo en la ciudad de Cali.

Este documento contiene primero el planteamiento del problema el cual contempla la revisión de artículos científicos y documentos técnicos, acerca del tema. Además incluye información obtenida de fuentes oficiales de las diferentes organizaciones (OMS, OPS) respecto a la problemática, permitiendo identificar la brecha de conocimiento en relación a los significados de la enfermedad y la adherencia.

Enseguida, el desarrollo de un referente conceptual sobre la base de la revisión de diferentes fuentes de información del problema desde tres conceptos contemplados al interior del problema de investigación a saber, “significados”, “hipertensión arterial” y “adherencia” realizando una indagación de dichos temas desde la postura de algunos autores en sociología, psicología y filosofía quienes de una u otra forma han dado cuenta de aspectos relevantes a la investigación. Lo anterior permitió obtener un marco interpretativo para este estudio.

Luego se encuentran planteados los objetivos general y específicos que se formularon en el trayecto de la investigación, se especifica entonces la metodología empleada en la presente investigación, la cual fue un estudio cualitativo, cimentado en el interaccionismo simbólico. Además la evidencia empírica basada en el trabajo de campo mediante entrevistas

semiestructuradas cuyos ejes de abordaje giraron entorno a cuatro aspectos que inciden directamente en profundizar el problema: experiencias, vivencias, saberes, estos tres aspectos dan cuenta del cuarto: los significados. Estas entrevistas permitieron a través de varias conversaciones indagar información respecto al tema.

Por último se exponen los resultados de la investigación en cuanto al planteamiento de tres categorías de análisis: experiencias, vivencias y saberes, las cuales aportaron para dar cuenta de los significados de la enfermedad y de la adherencia al tratamiento. Después de este ejercicio analítico, se encuentra un debate sobre los resultados de la investigación en relación al marco conceptual, con especial énfasis en aquellos aspectos que permitieron dar respuesta al problema de investigación.

Finalmente, en este documento se establecen las reflexiones finales que contienen las conclusiones y recomendaciones puntuales, seguido de los respectivos anexos que permiten conocer aspectos procedimentales llevados a cabo en la ejecución del estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los padecimientos o enfermedades crónicas requieren de tratamientos de larga duración a largo plazo para su adecuada evolución y control (OMS, 2004),

deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia. (1)

La hipertensión arterial (HTA) es, dentro de las enfermedades crónicas, una de las más frecuentes con importantes repercusiones en el orden personal (una carga de sufrimiento físico y psicológico), económico (reajuste de metas y propósitos laboral y vocacional que afectan su vida económica) y sanitario (tiempo de asistencia, gasto farmacéutico, bajas laborales, etc.); constituye, hoy en día, un reconocido problema de salud que desde hace varios años ha empezado a afectar a todas las poblaciones del mundo con una alta prevalencia. En Canadá en el año 2003 22%, Francia en el 2003, 41%, en Colombia en el 2007, 11.5%, en el Valle 22.8% y 16.5% en Cali. (2)

La HTA ha sido declarada un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta organización reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud y los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud. (1)

Igualmente, la literatura especializada señala que la HTA es un problema importante de salud pública ya que su aparición y manejo esta asociada con determinantes sociales y condiciones de vida que afecta la salud de las poblaciones, por lo que aún no se logra un control adecuado de la enfermedad. Este es un tema serio para la salud pública si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países. Es uno de los fenómenos de estudio y análisis con repercusiones a nivel médico, económico y psicosocial. Desde el punto de vista económico para el paciente la falta de adherencia terapéutica, “repercute en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de la enfermedad no controlada, pérdidas sensibles a la economía familiar, un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos”; y para el Estado “gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente” (3,4)

Y desde el punto de vista psicosocial la falta de la adherencia al tratamiento puede generar pérdidas a nivel personal, social y familiar. “El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida” (4,5)

Se estima que a nivel mundial, cerca de 50% de los pacientes incluidos en un programa de hipertensión arterial no tienen la presión controlada. Uno de los

más graves problemas en el mundo lo constituye el hecho que muchos sujetos hipertensos ignoran su condición y otros a pesar que la saben continúan con valores elevados. El conocimiento de los pacientes sobre la HTA y el riesgo asociado sigue siendo bajo. Solo un 50% de los pacientes hipertensos con patologías asociadas, tienen la presión arterial controlada dentro de los límites recomendados por la OMS. (6, 7)

Otro aspecto relevante tiene que ver con las consecuencias negativas del problema, una de ellas: la falta de eficacia del tratamiento por problemas en la adherencia. Esta situación hace que el médico, que en muchas ocasiones ignora este hecho, no pueda valorar con claridad la utilidad del tratamiento y piense que el diagnóstico y/o el tratamiento no sean correctos. Esta circunstancia puede llevar a que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que produce un incremento de los riesgos para el paciente. (8)

“El conocimiento de los pacientes sobre la HTA y el riesgo asociado sigue siendo bajo”. En Barcelona (2003), sólo 20% de los pacientes hipertensos con patologías asociadas tenían la presión arterial controlada dentro de los límites recomendados por la OMS, 39% no sabía lo que es la hipertensión y 70% decía que nadie se lo había explicado y solo un 39% consideraba la HTA un proceso para toda la vida. (6) La falta de adherencia al tratamiento de los pacientes de acuerdo a un estudio realizado en Cuba, 2005 se debió

mayormente “a que no recibieron educación suficiente y adecuada y no tuvieron incorporadas creencias en salud que le permitieran modificar sus conductas o prácticas en salud”, “más de la mitad de los hipertensos (55,2%) no conocía los factores que propician la hipertensión arterial. Sólo el 51,6% tenían la percepción de riesgo necesaria, lo cual repercutió negativamente en sus prácticas”. (9)

Un estudio realizado en 2007 en España con el objetivo de explorar las creencias relacionadas con la hipertensión y la adherencia a los diferentes componentes del tratamiento de Granados y Roales-Nieto (2007) encontraron como un alto porcentaje de pacientes informaron riesgos serios para la no adherencia; entre estos, la falta de voluntad y el manejo de situaciones cotidianas de alto contenido emocional o afectivo sobresalen como un determinante para casi la mitad de los participantes , y con menor frecuencia, la falta de tiempo, los viajes, la incongruencias entre la prescripción y sus creencias, entre otros, que podrían estar relacionadas con la falta de información sobre la enfermedad (10)

En Colombia no se ha logrado mantener controlados a los hipertensos detectados por largos periodos de tiempo lo que pudiera deberse a que existen dificultades en cuanto al grado de conocimiento sobre su enfermedad, así como en la adopción de cambios en los estilos de vida. (11) “Saber qué hacer, cómo y cuándo hacerlo no es solamente voluntario sino que requiere de una

actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento". (11)

Una investigación realizada en Cali, Colombia, "encontró que 43,2% del grupo de personas diagnosticadas con hipertensión arterial estaba en niveles medios de adherencia al tratamiento y 56,8% en niveles altos. Esta situación mejoró después de un intervención biopsicosocial, en donde se observó que de los 19 participantes que al principio de la intervención estaban en el nivel medio, 73,7% subió al nivel alto; y los 25 participantes que estaban en el nivel alto antes de la intervención, se mantuvieron en este nivel con posterioridad a la intervención". (11)

Los estudios presentados hasta ahora, abordan el tema de la adherencia como algo externo al sujeto , ya que estos estudios se han hecho sobre conductas no adherentes teniendo en cuenta las características del individuo, la enfermedad, los servicios de salud y el personal que atiende al paciente (11,3,5,12), pero poco se ha profundizado en el fenómeno de la adherencia al tratamiento desde los significados que el mismo tiene para los pacientes, de manera que se puedan comprender los comportamientos de las personas porque éstas no son sujetos pasivos sino que están influenciados por lo sociocultural. No se reconoce que éstos son sujetos activos, sensibles, mediados por lo sociocultural; sujetos que han tenido que hacer ajustes en su estilo de vida, manejar emociones y comportamientos, que de una u otra forma repercuten en el desenvolvimiento de la vida cotidiana. (13)

Sin embargo, aunque en menor proporción, algunos estudios recientes muestran la pertinencia de abordar el tema de la adherencia desde la perspectiva de los sujetos diagnosticados con HTA.

En Chile, los adultos mayores que sufren enfermedades crónicas según el estudio de Muñoz, Price, Gambini y Costa (2003), la vivencian por un lado como pérdida del bienestar y soporte social, que interfiere en varios aspectos de sus vidas, con una fuerte connotación de pérdidas afectivas y sociales. Y por otro lado, miedo a la invalidez asociado a la dependencia de otras personas y a la muerte por el riesgo de enfermedad cerebrovascular. Todo ello, genera angustia y sufrimiento por los cambios que deben hacer para modificar hábitos que afecta en sus relaciones. (14) y que favorecen la no adherencia al tratamiento.

Un estudio realizado en Colombia por Barón, Soto y Tobo (2011) quienes encontraron que la mujer adulta mayor vivencia la hipertensión arterial como “una experiencia de inicio silencioso, con desconocimiento de sus síntomas y riesgos, que favorece la no adherencia al tratamiento, la aparición de complicaciones y la incapacidad funcional”. Y que su condición de “estar enferma” es una limitante para el cumplimiento de su función social, tornándose hostil su medio familiar y social lo que le causa estrés, baja autoestima y tristeza. (15)

Recientemente (2010) en la ciudad de Cali, un estudio cualitativo reconstruyó las representaciones de personas, entre 19 y 60 años, diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible –ECNT-, con el propósito de hacer visible el proceso mediante el cual los sujetos diagnosticados con DM2 y/o HTA significaban la enfermedad. Mostró que dichos significados estaban permeados por la clase social a la que pertenecían los informantes y por la influencia de su historia familiar. Estos elementos fueron pieza clave para complementar la comprensión sobre el comportamiento adherente o no de dichos sujetos. (16)

Y un último estudio revisado de salud-enfermedad y significaciones de Cruz, (2012) refiere que los significados que las personas le asignan a una enfermedad, son una construcción individual debido a que abarcan múltiples aspectos de sus vidas, a nivel personal, familiar y contextual, aspectos que pueden ser comunes o pueden variar de una persona a otra. Además es relevante el significado que se le asigna a la salud y la enfermedad, cuando las implicaciones de estar enfermos, les representan a las personas la imposibilidad de cumplir con sus roles habituales. (17)

El tema de la adherencia al tratamiento para controlar la HTA, ha sido poco estudiado con relación a los significados presentándose numerosos interrogantes asociados con sus experiencias, vivencias y saberes frente a su tratamiento y el significado que éste que tiene para las personas hipertensas, cuya exploración y comprensión puede redundar en beneficios para la población.

De esta manera fue pertinente seguir estudiando el fenómeno de la adherencia al tratamiento desde la percepción de los sujetos. Por esta razón el presente estudio indagó el tema de la adherencia desde una perspectiva subjetiva e interaccionista, tratando de desentrañar la significación que tenía para el sujeto diagnosticado con HTA la enfermedad y la adherencia al tratamiento, pues este abordaje permitió investigar sobre los significados que tenían de la enfermedad y la adherencia los pacientes, lo que llevó a complementar el horizonte interpretativo y comprensivo de los motivos, las razones que dan origen a las acciones realizadas por las personas diagnosticadas con HTA, en cuanto al control de este padecimiento. Igualmente se tuvo mayores elementos para comprender los comportamientos de las personas, acercarse a sus sentimientos y a las situaciones que los determinan, a sus vivencias, a sus percepciones y sus formas de ver el fenómeno, profundizando en estos significados, dando lugar a que dicha comprensión sea usada para el mejoramiento del programa de hipertensión arterial de la EPS. Finalmente esta investigación tuvo en cuenta una población que no ha sido estudiada: pacientes mayores de 60 años.

Lo anteriormente planteado permitió a la investigadora proponer y realizar una investigación que da respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Qué experimentan los sujetos hipertensos durante y después del diagnóstico?

¿Qué vivencian cotidianamente los sujetos diagnosticados con HTA?

¿Cuáles son los saberes que tienen los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad y a la adherencia al tratamiento?

¿Qué significa experimentar o vivir la HTA?

¿Qué significa la adherencia al tratamiento para personas diagnosticadas con HTA?

2. MARCO INTERPRETATIVO (REFERENTE CONCEPTUAL)

Para este estudio, dada su característica exploratoria, el marco teórico fue más laxo, menos directivo a la hora de definir posturas y categorías teóricas. Ocupó, más bien, un lugar de guía interpretativa y provisional, el cual se fue robusteciendo, con los hallazgos empíricos, en la medida en que avanzó el desarrollo de la investigación.

Esto implicó adelantar una revisión sostenida y relativamente abierta de la literatura relacionada. Se plantean a continuación los marcos generales sobre los cuales se ha abordado el tema de los significados. Igualmente se esbozan algunas definiciones clave para el objeto de estudio. Estos tópicos teóricos permitieron adentrarse y familiarizarse con la realidad del sujeto hipertenso en su cotidianidad a partir de sus vivencias y experiencias frente a su enfermedad lo que posibilitó interactuar con estos sujetos, con la HTA y la adherencia al tratamiento.

2.1 Significados

2.1.1 Los significados desde diferentes perspectivas

2.1.1.1 Perspectiva Socioconstructivista

Vygotsky, (1987) citado por Arcila, Mendoza y Jaramillo, (2010) “entiende los significados como aquellas representaciones que construye el sujeto por medio del uso de signos, en dos momentos: primero, en el plano interpsicológico y luego en el plano intrapsicológico” es decir, inicialmente surgen en la relación y luego en el pensamiento. En la construcción de los significados el resto de las funciones psicológicas superiores también están presentes. (18)

Un elemento central para construir los significados son los estímulos de primer orden (objetos o acontecimientos) y de segundo orden (signos), los cuales se expresan a través del lenguaje. Para Vygotsky (1987) citado por Arcila, Mendoza y Jaramillo, (2010) “la regla que rige el lenguaje interiorizado es el predominio del sentido sobre el significado, de la oración sobre la palabra y del contexto sobre la oración” (18)

Bruner, (1998) citado por Arcila, Mendoza y Jaramillo, (2010) “comprende los significados como construcciones consensuadas entre el hombre y la cultura en

la que se halla inmerso, en dos líneas de origen, una de tipo biológico que denominó protolingüística y otra, de origen cultural'. En el momento en que se entrecruzan estas dos líneas surge la negociación que permite la constante transformación de los significados. (18)

En la propuesta de Bruner se mencionan dos funciones, la primera, los significados sirven de mediador entre la cultura y el hombre, ya que si el hombre no construye estos significados no puede ser parte de ella; la segunda los significados favorecen la construcción de los Yoes que conforman o están implícitos en cada sujeto. Bruner (1998) citado por Arcila, Mendoza y Jaramillo, (2010) afirma: “[...] lo que quiero hacer es analizar cómo entran en los significados los niños desde muy pequeños, cómo aprenden a dar sentido, especialmente sentido narrativo, al mundo que los rodea” (18)

2.1.1.2 Perspectiva relacional

Kenneth Gergen, (1996) citado por Arcila, Mendoza y Jaramillo, (2010) “interpreta los significados como una construcción relacional que necesita de acciones y suplementos para ser contextualizada” es decir, que el lenguaje no tiene significado por sí solo, tan sólo adquiere su valor en la relación. Para una mayor comprensión del concepto de significado, Gergen resalta la importancia del sentido el cual depende del contexto. Su función es favorecer la inclusión ya que en la medida que se construyen, deconstruyen y co-construyen en la

relación, cualquier tipo de significado es válido. (18) “el lenguaje es subproducto de la interacción y su significado se deriva del modo como está inmerso en los patrones de interacción, de manera que el lenguaje es significativo cuando hay acuerdo sobre el significado de las palabras.” (19)

2.1.1.3 Perspectiva de las redes semánticas

Son las concepciones que las personas hacen de cualquier objeto de su entorno. De acuerdo a Figueroa 1976, citado por Vera, Pimentel y Batista, (2005) “mediante el conocimiento de ellas se vuelve factible conocer la gama de significados, expresado a través del lenguaje cotidiano, que tiene todo objeto social, conocido” (20)

Esos significados son dinámicos; susceptibles al cambio; pueden ser modificados por procesos de identidad y aculturación, que le permiten al sujeto, un ajuste diferencial al nuevo grupo de pertenencia o al mismo grupo con nuevos referentes sociales. (20)

2.1.1.4 Perspectiva del interaccionismo simbólico

El significado de una conducta se forma en la interacción social. “Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores. El contenido del significado no es más que la

reacción de los actores ante la acción en cuestión. La consciencia sobre la existencia propia se crea al igual que la consciencia sobre otros objetos; o sea, ambas son el resultado de la interacción social” (21)

El interaccionismo simbólico hace énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y, estos significados devienen su realidad.

Herbert Blumer (1969) resume el interaccionismo simbólico en tres tesis que él llama tres premisas simples: (22)

“1. Los seres humanos actúan respecto de las cosas sobre la base del significado que las cosas tienen para ellos, es decir, los significados que las cosas tienen para los humanos son centrales en sí mismos.

2. El significado de las cosas se deriva o surge, de la interacción social que cada individuo tiene con sus semejantes. Los significados son productos sociales, creaciones que se forman en y a través de la definición de actividades según la gente interactúa. Además los significados implican también un proceso interpretativo. (Interacción consigo mismo). El actor maneja los significados como instrumentos para la orientación y formación de la acción.

3. Los significados son adquiridos y modificados a través de un proceso de interpretación que es empleado por la persona cuando tiene que habérselas con las cosas que encuentra. El actor selecciona, revisa, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que esta puesto y a la dirección de la acción” (22)

De las perspectivas mencionadas, para este estudio investigativo se asumió el interaccionismo simbólico ya que la interacción, como lo señala Denzin, (2000) mencionado por Calvario, (2006) “es simbólica porque interviene los procesos de significación de símbolos como palabras, objetos y lenguajes. Nuestro mundo de interacciones se hace posible gracias a que podemos manipular, otorgar e interpretar, un conjunto amplio de significados. (23) De ahí que estos significados sean manipulados y modificados mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona diagnosticada con HTA; resaltando así la importancia de entender el significado de la enfermedad y la adherencia al tratamiento como un producto social, fruto de las interacciones con los seres humanos en su cotidianidad.

2.1.2 Concepto de significados

Se entiende por significados a los conceptos-códigos que se comparten socialmente y constituyen los aspectos del mundo social que son importantes para los individuos, y se entiende por motivos las razones que dan origen a las acciones.

Tanto los significados como los motivos se dividen en subjetivos y objetivos; lo subjetivo implica ámbitos personales o individuales y los objetivos son aquellos componentes colectivos que se han internalizado en el individuo a través de la socialización; los motivos son las razones que, de acuerdo a factores pasados, explican el porqué de las acciones. (24)

Para Schütz, toda acción realizada por un sujeto está cargada de significado; es decir, aunque el sujeto no tenga la intención de significar algo, su acción tiene significados en tanto puede ser interpretada por otros. Por otra parte, sólo dentro del ámbito de la vida cotidiana los sujetos pueden ser comprendidos por sus semejantes; y sólo junto a ellos los sujetos pueden actuar en el mundo. Desde una actitud natural, el sujeto siempre se encontrará con un mundo que presupone y considera real; nació en él y presupone que existió antes de él y que seguirá existiendo después de que él no esté. (25)

La acción es entendida como “la conducta humana proyectada por el actor de manera autoconsciente” (25) a partir de significados y motivos que se originan en la conciencia del individuo. Así mismo, el actuar individual genera experiencias y conocimientos que se albergan en la conciencia y dan significado o significado diferente a las cosas.

En el caso de Berger y Luckmann, destacan sobre todo los conceptos de significación y lenguaje. Para los autores, la significación es la única forma por

medio de la cual es posible hablar de una realidad de la vida cotidiana, y el lenguaje es el sistema de signos vocales más importante de la sociedad humana. Las objetivaciones comunes de la vida cotidiana se sustentan primariamente por la significación lingüística, lo que hace que la comprensión del lenguaje sea esencial para cualquier comprensión de la realidad de la vida cotidiana. (26)

La relación entre sujetos produce la intersubjetividad y a la vez es posible por ésta. La intersubjetividad produce significaciones en el mundo de la vida, es decir, las significaciones del mundo son producto de los acervos de conocimiento disponibles que cada sujeto “lleva” a la situación de interacción en la que participa.

Franco Crespi mencionado por Berger y Luckmann (1984) apoya en la comprensión del significado, distinguiendo su implicación en la acción social: (27)

- El significado se encuentra sujeto a la elaboración reflexiva de la memoria y de las experiencias que surgen de las relaciones con el ambiente natural y social que se vive en el presente, ambiente que se encuentra en constante cambio e innovación, dando lugar a una gama de posibilidades de significado que conducen a nuevos comportamientos y acciones de los individuos. La posibilidad de creación de significados es siempre inagotable, en tanto que cada individuo cuenta con un acervo social único, pero al mismo tiempo, portador de valores, creencias, reglas y símbolos sociales integrados

que caracterizan a una comunidad y le dan identidad, estabilidad y cohesión social.

Los sujetos interactúan y se comunican, y de estas situaciones de interacción obtienen las señales necesarias para comprender la realidad.

2.1.2 Algunas nociones guía

2.1.2.1 Experiencias

La experiencia es la base de toda acción, de toda operación de conocimiento y elaboración científica y en las palabras de Husserl (2001) citado por Minayo (2010) “el mundo de la experiencia es el mundo de la vida” (28)

El concepto de experiencia según Heidegger (1988) citado por Minayo (2010) “habla del ser-ahí (tal como se presenta), del ser en- el-mundo y de la acción humana. Es decir que el sentido de la experiencia para Heidegger es la comprensión: el ser humano es comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida en otras palabras entender a los otros y al mundo”

Según Heidegger (1988) citado por Minayo (2010) “la experiencia no se presenta como un desafío a la reflexión. Al contrario, la reflexión recibe de la experiencia su alimento y su movimiento y se expresa a partir del lenguaje” (28)

2.1.2.2 Vivencias

La vivencia según Minayo (2010) “constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es accionada por la resistencia ejercida por un mundo exterior sobre los movimientos de nuestro cuerpo y sobre el impulso de nuestra voluntad y nuestras emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia” (28)

Gadamer (1999) citado por Minayo (2010) “destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común” La vivencia constituye según Gadamer (1999) citado por Minayo (2010) es una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada. O sea, la vivencia es la elaboración que hace el individuo sobre todo lo que experimenta “es una elaboración que hace la persona, sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad” (28)

Heidegger (1988), Gadamer (1999) y Schütz (1967) citados por Minayo (2010) resaltan que el lenguaje del sentido común es el instrumento primordial de la narrativa de las experiencias y de las vivencias.

2.1.2.3 Saberes

En el mundo de la vida, cada persona trae consigo un cuerpo de conocimientos y experiencias producto de su modo de vivir, que orientan las diversas situaciones que los diferentes autores comprensivistas como Gadamer (1999), Heidegger (1088), Schutz (1967) citados por Minayo (2010) denominan “sentido común” (28)

Según Minayo (2010) para los comprensivistas “el sentido común es una forma de conocimiento. Contiene la verdad de la experiencia y de la vivencia orientada hacia aquello que es colectivamente considerado verdadero, correcto, plausible y práctico. Funciona como receta almacenada desde la infancia, es utilizada a lo largo de la vida y se torna responsable de las representaciones, hábitos, conductas y acciones” (28)

Schütz (1967) citado por Minayo (2010) expresa que “el sujeto no solo tiene un saber acumulado originado en sus predecesores sino que es capaz de categorizarlo. Existe independientemente de cada individuo y funciona como un producto de la sociedad en la que es generado. Representa al patrón cultural del grupo al que el individuo está vinculado” (28)

2.2 HTA como condición crónica

Las condiciones crónicas describen todos los problemas de salud que persisten a través del tiempo y requieren algún grado de manejo de atención como lo es la hipertensión arterial. (13) Mundialmente, las condiciones crónicas están en

aumento, la esperanza de vida de las poblaciones es mayor y cada vez más los pacientes viven con una o más condiciones crónicas durante decenios. (13)

La enfermedad crónica es una condición que determina una circunstancia de larga duración, se asocia a menudo con un grado de incapacidad y tiene diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad, demandando necesidades y problemas que van más allá del escenario hospitalario, por lo tanto requiere de múltiples fuentes de cuidado. (29)

Las condiciones crónicas no solo serán la principal causa de discapacidad en todo el mundo en el año 2020, sino que también se convertirán en los problemas más costosos afrontados por nuestros sistemas de atención de salud de no manejarse con éxito. (13)

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica cada vez más frecuente alrededor del mundo. Es una condición crónica que una vez presentada se mantiene por toda la vida del paciente. Es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco. Antes se daba importancia sólo a las medidas para definir la HTA como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. (30)

La HTA es una condición en la cual la sangre circula a través de los vasos sanguíneos con una fuerza o tensión muy alta, lo que con el paso del tiempo determina lesionando estos vasos y produciendo complicaciones serias en varios órganos del cuerpo humano. Una de las características más importantes de la hipertensión arterial es que el paciente no sufre casi ningún síntoma sino hasta el momento en el que presenta las consecuencias de la enfermedad, como podría ser un infarto del corazón o una hemorragia cerebral. Por tanto una persona hipertensa que no es tratada tiene un alto riesgo de sufrir insuficiencia cardiaca, infarto cardíaco, hemorragias, infartos cerebrales o daño en sus riñones a edad temprana.

Las dolencias de salud crónicas son prolongadas, por lo que requieren una estrategia de atención que refleje esta circunstancia y aclare las funciones de los pacientes y sus responsabilidades al administrar sus problemas de salud. Los pacientes tienen que modificar sus estilos de vida, desarrollar nuevas aptitudes y aprender a interactuar con organizaciones de atención de salud para controlar con éxito sus condiciones, sin considerarse a sí mismos como receptores pasivos de estos servicios. (13)

Lo que los pacientes hacen para su propio beneficio diariamente por ejemplo, seguir los regímenes de sus medicamentos, hacer ejercicio, alimentarse adecuadamente, dormir en forma regular, interactuar con organizaciones de atención de salud y cesar el consumo de tabaco; influye en su salud mucho más que las intervenciones médicas puras. Lamentablemente, el

comportamiento de los pacientes que podría prevenir muchas condiciones crónicas y mejorar su manejo una vez que ocurren, a menudo se ignora en la atención de salud actual. (13)

La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo). (13)

Por tanto el personal de salud debe asegurarse que los sujetos tengan la información y las aptitudes adecuadas para controlar sus condiciones crónicas. Los pacientes necesitan un contexto en el cual puedan hacer preguntas libremente, y contar con un ambiente que desarrolle y apoye sus comportamientos de autogestión. Se sabe que la calidad de la comunicación entre el paciente y el personal de salud afecta los resultados de condiciones crónicas, incluido el cáncer, la diabetes, la hipertensión, las cefaleas y la úlcera péptica. (13)

Por lo anterior, controlar la HTA significa controlar el riesgo de EC, ECV, EA, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.(13)

La detección y el control de la HTA implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo asociados, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida (terapia no farmacológica) y farmacológica. (30)

De ahí la importancia de la innovación en la atención de salud para las condiciones crónicas en cuanto introducción de nuevas ideas, métodos o programas para saber cómo prevenirlas y tratarlas.

Además nuevas conceptualizaciones de las condiciones crónicas, la calidad de vida del paciente y de la familia se considera un resultado importante, y se insiste especialmente en la función del primero para lograr este resultado. El paciente no es un participante inactivo en la atención, sino un “productor de salud”. (13)

Por tanto, la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. (30)

Los sujetos que sufren problemas crónicos necesitan apoyo más amplio; no bastan las intervenciones biomédicas. Requieren una atención planificada, que prevea sus necesidades, e integrada a través del tiempo, los entornos y los proveedores. Necesitan contar con conocimientos de autocuidado para administrar sus problemas de salud en el hogar. Los pacientes y sus familias requieren apoyo en sus comunidades y políticas más amplias para prevenir o manejar eficazmente las condiciones crónicas; requieren, por ende, un tipo diferente de sistema de atención de salud. (13)

2.3 Adherencia

La hipertensión arterial como enfermedad crónica exige la adherencia de los pacientes al plan de tratamiento de una manera permanente y sistemática, e implica importantes cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. Sin embargo, al igual que en otros trastornos crónicos, numerosos estudios evidencian que un alto porcentaje de pacientes hipertensos no logran seguir adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en relación al tratamiento (10)

Pero, ¿qué es adherencia?, para Epstein y Cluss, (1982), la adherencia es “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”. El concepto de adherencia al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas; entre ellas se incluyen desde

tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico (31)

También La adherencia al tratamiento es entendida como: (11)

- La colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.
- Una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. (Meichenbaum y Turk (1991).
- Según Bimbela (2002), es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.
- La incorporación en las rutinas cotidianas de la persona de nuevos hábitos beneficiosos para el sujeto (la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.) Amigo, Fernández y Pérez (1998).

Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. No obstante, para la OMS (2004) el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. (11)

En la misma línea, la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand como el grado en que el comportamiento de una persona se concibe como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.(1)

Por lo tanto, al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno:

- Múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo...)
- Complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras.

De acuerdo a lo anterior, la adherencia es un fenómeno múltiple y complejo, para lo cual existen numerosos estudios que han cuantificado conductas implicadas como son: los autoinformes¹, los informes de personas próximas al paciente², los resultados clínicos, los autorregistros³, la medición del consumo de medicamentos, las mediciones bioquímicas.(31)

Dado que ninguno de estos métodos, en sí mismo, proporciona una información lo suficientemente fiable y válida en torno a la adherencia, parece más adecuado, tal y como sugieren varios autores (Codina, Knobel, 1999) recurrir a utilizar más de uno de ellos simultáneamente (autoinformes más análisis bioquímicos, autorregistros más medición del consumo de medicamento, etc.) con el objeto de obtener una adecuada corroboración de los datos. De igual forma, parece apropiado combinar medidas generales de adherencia con otras más específicas. (31)

¹Consiste en pedir al paciente indique en qué medida se ha ajustado a lo prescrito.

²Los familiares o amigos pueden ser los informantes. Se utiliza como complemento del autoinforme

³Se puede solicitar al paciente que registre durante unos días conductas relacionadas con la adherencia como: el número de pastillas que toma, las veces que realiza ejercicio físico o el tipo de alimento que consume

En el proceso de adherencia al tratamiento intervienen aspectos psicológicos cognitivos, motivacionales y volitivos.

Entre los psicológicos encontramos los conocimientos y las creencias. Los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma.

Las creencias del paciente relacionadas con la percepción de la enfermedad, su propio riesgo de enfermarse, ejecución de la respuesta necesaria entre otras han sido utilizadas para explicar por qué las personas no se adhieren a conductas saludables y a las indicaciones médicas

Si el paciente está motivado por mantener su salud, su comportamiento se dirige con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven.

La actividad y las cualidades volitivas revisten especial importancia para la orientación del sujeto hacia un comportamiento saludable, dentro de este, el dirigido a la adherencia al tratamiento el que generalmente requiere de realizar determinados esfuerzos para mantener un régimen de alimentación, atención y rigor en los horarios de medicación y la modificación de hábitos de vida cotidiana lo cual implica el funcionamiento de cualidades personales relacionadas con la voluntad del individuo.(32)

3. OBJETIVOS

3.1 General

Comprender los significados relacionados con la enfermedad y su adherencia al tratamiento en sujetos, de 60 años y más, con HTA afiliados a una EPS que administra recursos del régimen contributivo en la ciudad de Cali.

3.2 Específicos

1. Develar las experiencias de los sujetos hipertensos.
2. Develar las vivencias cotidianas y en los servicios de salud de los sujetos hipertensos
3. Develar los saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad y a la adherencia al tratamiento
4. Reconocer los significados que tiene para el sujeto la HTA y la adherencia al tratamiento.

4. METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo, cuya técnica de abordaje de los significados de la enfermedad y la adherencia fue la entrevista semiestructurada, interpretado a la luz del interaccionismo simbólico.

Ajustes de la investigación

Dada la flexibilidad de los estudios cualitativos en su desarrollo esta investigación tuvo las siguientes modificaciones:

La investigadora, al inicio del estudio, había definido que los participantes seleccionados serían mayores y menores de 50 años de edad. Esta decisión estuvo argumentada con información obtenida verbalmente por los integrantes del comité de ética de la EPS quienes indicaron conocimiento de casos de HTA no sólo en personas adultos mayores sino en personas jóvenes. Además en la literatura se reporta HTA a temprana edad. Sin embargo, al iniciar la revisión de la base de datos del programa de riesgo cardiovascular brindada por la institución, la investigadora se encontró que las edades presupuestadas, no registraban. Al contactar a los participantes todos fueron mayores de 60 años, a excepción de dos, uno de 31 años pero con un diagnóstico de menos de seis meses y el otro de 48 años que no padecía de HTA y por error se encontraba registrado en la base de datos. Por tanto se optó por trabajar con personas mayores de 60 años, hasta los 83, estas personas aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Descripción de los sujetos participantes

En este estudio cualitativo participaron 8 sujetos del grupo de personas diagnosticados con HTA, usuarias de una EPS de Cali, inscritos al “programa riesgo cardiovascular”: cuatro hombres y cuatro mujeres cuyas edades oscilaron entre 60 a 83 años de edad con un tiempo de padecimiento de la enfermedad desde el momento del diagnóstico entre dos (2) años hasta veintitrés (23) años, que cumplieron los criterios de inclusión y que fueron entrevistados en los meses de octubre de 2012 a enero de 2013. Estos sujetos se describen a continuación:

Sujeto 1 (E-Ad 2012 01), persona de sesenta (60) años de edad, casado, con dos hijos, de estrato socioeconómico 3, con tres semestres de administración de empresas. Actualmente administra un parqueadero propio, con padecimiento de la enfermedad hipertensiva desde hace cuatro (4) años, conversó sobre su situación de salud, sus vivencias y las recomendaciones médicas.

Sujeto 2 (E-Ad 2012 01), de sesenta (60) años, soltera, sin hijos, de estrato socioeconómico 3, pensionada, mencionó en la entrevista, estar padeciendo de hipertensión arterial desde hace quince (15) años. Manifestó su voluntad de compartir con la investigadora información respecto a las vivencias en la cotidianidad del tratamiento.

Sujeto 3 (E-Ad 2012 03), actualmente tiene ochenta y tres (83) años de edad, soltera, con 7 hijos de estrato socioeconómico 3, con un nivel de escolaridad de primaria, dedicada al hogar, diariamente cumple el tratamiento recomendado por el médico. La enfermedad apareció hace ocho (8) años.

Sujeto 4 (E-Ad 2012 04), de sesenta y nueve (69) años de edad, soltero, sin hijos, de estrato socioeconómico 3, de profesión economista sin ejercer por “crisis nerviosas”, pensionado, no tuvo dificultad para expresar sus vivencias, en contar el tratamiento que recibe y las experiencias por las cuales transcurre durante los ocho (8) años que padece de hipertensión arterial.

Sujeto 5 (E-Ad 2012 05), de sesenta y cinco (65) años, soltera, con 2 hijos de estrato socioeconómico 3, con un nivel de escolaridad de segundo de primaria, trabaja como empleada doméstica de su hija; expresó situaciones vividas en su contexto familiar y social respecto a las actividades que cumple cotidianamente desde hace ocho (8) años al ser diagnosticada.

Sujeto 6 (E-Ad 2012 06), de sesenta y seis (66) años de edad, casado, con 3 hijos de estrato socioeconómico 3 de profesión mecánico de mantenimiento del SENA, pensionado, expresó fácilmente las experiencias vividas con la enfermedad y el tratamiento recomendado por la médica en los dos (2) años de haber sido diagnosticado.

Sujeto 7 (E-Ad 2012 07), de sesenta y un (61) años, casado, con 2 hijos de estrato socioeconómico 5 de profesión abogado, pensionado con padecimiento de hipertensión arterial desde hace veinte tres (23) años. Sus experiencias fueron manifestadas de manera muy cerrada a la investigadora, muy prevenido en las situaciones que reflejó sobre la enfermedad.

Sujeto 8 (E-Ad 2012 08), de sesenta y seis (66) años de edad, con 4 hijos de estrato socioeconómico 3, con un nivel de escolaridad de segundo de bachillerato dedicada al hogar, dio a conocer sus complicaciones para estabilizar la presión, el cumplimiento del tratamiento así como las situaciones de cambios que se ha generado desde que fue diagnosticada hace diez (10) años.

Proceso metodológico

El proceso metodológico se dio en siete fases:

Una primera fase, consistió en el proceso de selección de candidatos para el estudio. Inicialmente se solicitó a la EPS la base de datos de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. La base entregada a la investigadora se titulaba “Base Riesgo Cardio Vascular (RCV)” la cual fue revisada, de acuerdo a unos criterios de selección previamente definidos: personas diagnosticadas con HTA, mayores de 60 años, cuya vinculación al programa era igual o mayor a 1 año; pero la base de datos no contenía esta información,

por consiguiente la investigadora decidió seleccionar al azar de la base de datos las personas diagnosticadas con hipertensión arterial.

En la segunda Fase, relacionada con el primer contacto con los posibles sujetos participantes, la investigadora contactó, vía telefónica, a los candidatos y los citó individualmente a la EPS, este contacto se facilitó mediante la aceptación⁴, empatía⁵ y autenticidad⁶ por parte de la investigadora, habilidades con las cuales se creó un ambiente agradable y de confianza desde el momento del saludo con las personas generándose una conversación espontánea e informal entre cada uno de los participantes y la investigadora.

Durante esta conversación informal se exploró cuáles de estos sujetos cumplían con los criterios de inclusión previamente definidos a través de una actitud de escucha activa, reflexión y la relación de empatía que se mantuvo con cada uno de los sujetos participantes en el consultorio asignado por la EPS para el estudio, donde se identificó que el criterio de edad dado inicialmente por la investigadora no se cumplía, como se señaló en párrafos anteriores.

Después de seleccionar a los participantes, se procedió a la explicación, también en forma individual y de una manera sencilla, de los objetivos y características del estudio, teniendo en cuenta las consideraciones éticas correspondiente y se exploró su voluntad para participar. Una vez realizada la

⁴Por aceptación se entiende el interés mostrado por la investigadora hacia el sujeto hipertenso.

⁵La empatía se refiere a la habilidad de la investigadora de entrar en el mundo del sujeto hipertenso y experimentar cognitiva y afectivamente el mundo como lo hace este.

⁶La autenticidad, se refiere a la franqueza de la investigadora con el sujeto hipertenso, para que este tenga una imagen realista de lo que puede y no puede esperar sobre la investigadora o la investigación.

explicación se dio al participante el tiempo y la oportunidad de leer solo, o en compañía de la investigadora, el consentimiento informado (Ver anexo No 1) . Finalmente, la investigadora solicitó firmar este documento en presencia de dos testigos, quienes a su vez lo firmaron.

La tercera Fase que consistió en las conversaciones en diversos momentos, con cada uno de los participantes en la que se exploraron los significados de la vida cotidiana de los sujetos hipertensos relacionados con su enfermedad y su adherencia al tratamiento. Para estas conversaciones, la investigadora llevaba planteada una guía de tópicos, la cual orientó los diálogos con cada uno de los sujetos. (Ver anexo No 2). Inicialmente se propuso a los participantes realizar las entrevistas en las instalaciones de la EPS y en sus residencias, pero éstos prefirieron la EPS por seguridad, tanto para ellos como para la investigadora, además como una oportunidad para salir de sus casas y hablar con alguien diferente a su familia. Por tanto las entrevistas se realizaron en la EPS, en un lugar cerrado, libre de ruido, con mucha privacidad. Las conversaciones se grabaron, transcribieron y procesaron manualmente. Al finalizar cada una de las entrevistas se revisó la fiabilidad de la información recogida y lo que hacía falta por profundizar e indagar hasta agotarse, es decir, después de cada momento de entrevista se hizo un análisis de la misma, una categorización de los relatos, una identificación de vacíos y necesidades de profundización y una reelaboración de la guía de tópicos para ir a un segundo momento. La investigadora para confirmar las interpretaciones y revisar algunos relatos particulares volvió a los informantes durante la recolección de la información.

En la cuarta fase se articularon y reorganizaron los fragmentos de las entrevistas, en las categorías establecidas (experiencias, vivencias y significados) y en otra que surgió del discurso de los sujetos participantes (saberes), por lo cual fue necesario indagar teóricamente sobre estos saberes.

Además en el desarrollo del estudio los objetivos cambiaron, se fueron construyendo en la medida que avanzaba la investigación. Y la investigadora llegó a la investigación con una hipótesis implícita: sin saber el grado de adherencia de los sujetos que significa para ellos la enfermedad y la adherencia, permitiéndole comprender los significados en la voz de los sujetos. Con esta información, la investigadora realizaba una comparación y diferenciación sistemática y constante entre los relatos. Las categorías iniciales se iban afinando y reformulando hasta la conformación de un concepto que describiera o explicara las experiencias, vivencias y saberes que permitieron construir los significados de los sujetos en relación a la HTA y la adherencia al tratamiento; es decir, que inicialmente se codificaron los relatos relevantes de los participantes identificando las ideas claves que atribuyen un significado y sentido a la hipertensión y la adherencia al tratamiento, de acuerdo a las preguntas y a los tópicos que se exploraron en las entrevistas. Después se fueron agrupando las ideas y conceptos claves relacionados con los significados sobre la hipertensión y la adherencia al tratamiento. Esta categorización fue sometida permanentemente a revisión para su depuración, con base en los enunciados teóricos que iluminaron y orientaron el estudio.

Durante este proceso de ida y vuelta sobre los datos, la investigadora buscaba la saturación de los relatos con respecto a la enfermedad y la adherencia al tratamiento, a fin de elaborar descripciones y generalizaciones cada vez más profundas a partir de las interpretaciones sobre los discursos de las personas. Para mantener la voz de los sujetos, las subcategorías se nombraron a partir de los verbatims que mejor expresaron el sentido de las agrupaciones realizadas.

La quinta fase consistió en la devolución y validación de la interpretación de la información obtenida. La investigadora convocó al grupo de participantes a la EPS para la devolución y validación de la información captada por ella. De los ocho participantes en el estudio asistieron seis. Se inició proyectando la categorización de la información obtenida lo que permitió a los participantes conversar, discutir e interpretar sus experiencias, vivencias y saberes entre ellos, facilitando información complementaria a cada una de las categorías y a su vez corroborándola, dando cuenta de los significados de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. La interpretación de la información obtenida en el transcurso del estudio fue reconocida por los participantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten de la HTA y la adherencia al tratamiento. Lo anterior se dio mediante una actitud de escucha activa, reflexión y la relación de empatía que mantuvo la investigadora con cada uno de los sujetos participantes

En la sexta fase se elaboró el informe de resultados y discusión, la investigadora realizó un análisis a partir de las categorías y subcategorías siendo esencial las opiniones e interpretaciones de cada uno de los participantes en las distintas sesiones. Los resultados permitieron actualizar los referentes conceptuales

Y la séptima fase la investigadora da cuenta de unas reflexiones finales que incluyen conclusiones, implicaciones y recomendaciones puntuales.

5. RESULTADOS

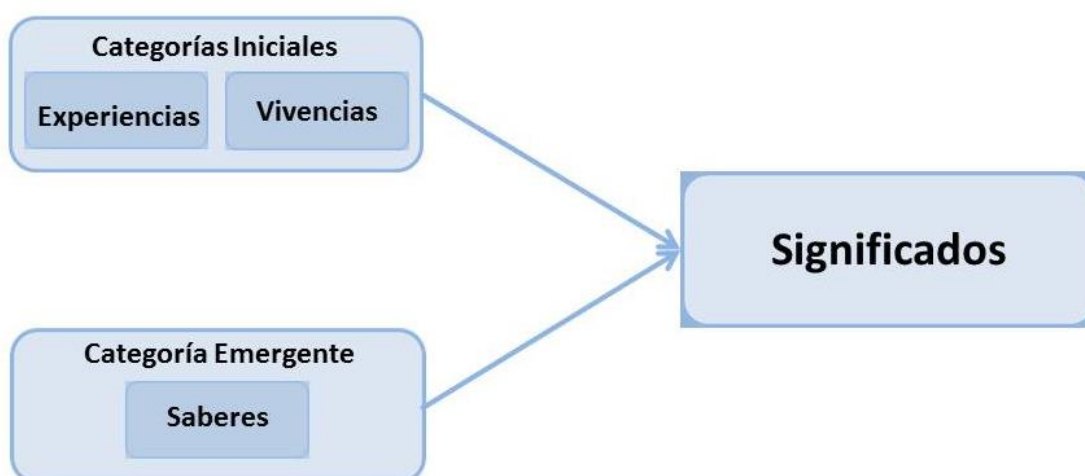


Figura 1. Categorías iniciales y emergentes de la investigación

Fuente: Producto de la investigación “Significados relacionados con la enfermedad y la adherencia al tratamiento en sujetos con HTA afiliados a una EPS de Cali, 2012”.

Teniendo en cuenta que el objetivo del estudio era comprender los significados relacionados con la enfermedad y su adherencia al tratamiento en sujetos, de 60 años y más, con HTA, eso era evidenciar la teoría sobre los significados a través de las experiencias, vivencias y saberes. A continuación se presentan en forma detallada para cada una de las categorías iniciales y emergente

(figura1), y las subcategorías los discursos de los participantes con relación a la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

5.1 Experiencias, vivencias y saberes relacionados con la enfermedad

5.1.1 Experiencias de tener la enfermedad

Tabla 1. Subcategorías de las Experiencias de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con la enfermedad

1. Cambió mi salud
2. Apareció de un momento a otro.
3. Lo heredé.
4. Preocupación y/o ausencia de mis familiares
5. Reacciono emocional y sentimentalmente

“...yo no tenía nada nada, ahora que tomo la droga... Uno comienza con un dolorcito de cabeza uno no sabe como decir ese dolorcito, porque es el único síntoma que tuve...mi salud muy buena yo no tenía nada nada, ahora...que ha cambiado” (E-Ad 2012 01). “Que yo sufría de la presión, nunca! Siempre mi salud fue buena hasta ahora con la presión, tengo que asistir a controles. Yo no sentía nada, no me dio ni un dolor de uña” (E-Ad 2012 02). “estoy bien, veo bien me cuide mis partos, con la edad que tengo me dicen como así todo eso y usted esta lo mismo y ahora vea, todo me cambio, ahora yo me cuido mis mareos, mis dolores de cabeza” (E-Ad 2012 03). “...nunca me ha dado nada pero ahora me limitan...la salud buena no he tenido nada...ahora decaimiento, dolor de espalda y cabeza” (E-Ad 2012 05). “...mi salud ha sido buena...cambio después de la crisis” (E-Ad 2012 06).

Cambió mi salud. Los sujetos participantes no esperaban el diagnóstico de HTA pues no percibían síntomas preocupantes “de que se está enfermo” no lo esperaban aludiendo la gran mayoría que su salud era buena pero con el transcurrir del tiempo y asumiendo el rol de enfermo crónico han enfrentado cambios en su salud identificando síntomas relacionados con la

enfermedad.

Apareció de un momento a otro. El diagnóstico no esperado de HTA se produjo a partir de revisiones rutinarias o de otras consultas donde mediante toma de la presión la encontraron alta.

“En la escuela para que me expidieran el pase, me dijeron que tenía la presión alta, fue allá donde me dijeron y me quede pensando yo hipertenso... apareció de un momento a otro” (E-Ad 2012 01). “Fui por un chequeo y me mandaron a hacer un procedimiento y si... me salió alta, no pensé que tuviera eso” (E-Ad 2012 02). “...me hicieron exámenes y la hipertensión estaba ahí, yo no sabía que era...” (E-Ad 2012 03). “En un chequeo médico...tenía hipertensión, no se me paso por la cabeza...” (E-Ad 2012 04). “me tomaron la presión y el medico me dijo tenes la presión alta, me puse a llorar...” (E-Ad 2012 05). “... esa crisis familiar... tenía la presión alta, y ahí me dejo la huella que no tenía” (E-Ad 2012 06). “Tenía 38 años sentía calor sentía asfixia y fui donde un medico amigo me tomo la presión y me diagnosticó hipertensión” (E-Ad 2012 07). “me acuerdo que asistí a urgencias por un dolor de cabeza, las enfermeras decían esta muy alta y después de toda una mañana la doctora me dijo que sufría de hipertensión” (E-Ad 2012 08).

“yo tengo una hermana, ya murió resulta que ella era hipertensa... y murió de la hipertensión” (E-Ad 2012 01). “herede lo de mi mamá... me la diagnosticaron mas tarde” (E-Ad 2012 02). “todos sacamos la misma enfermedad de mi papa, mi papa murió de hipertensión, mi abuelo también todos, todos murieron de HTA”, (E-Ad 2012 03). “mi papá era hipertenso...la hermana de mi papá murió del corazón y los hijos son hipertensos” (E-Ad 2012 04). “Mi mamá sufría de la presión” (E-Ad 2012 05). “mi mamá fue hipertensa... mi hermano también tiene hipertensión.” (E-Ad 2012 06). “Mi mama, murió de una trombosis y 4 hermanos son hipertensos” (E-Ad 2012 07). “mi mamá que ya falleció...” (E-Ad 2012 08).

Lo heredé. La experiencia de un miembro de la familia abuelos, papá, mamá tíos, hermanos que padecen o padecieron la enfermedad y que vivieron momentos complicados perdiendo la vida o sufriendo consecuencias como una trombosis, un infarto a causa de la hipertensión arterial, y al ser diagnosticados con la enfermedad y el conocimiento sobre la misma lleva a los entrevistados a catalogarla como hereditaria.

Preocupación y/o ausencia

de mis familiares

Las personas experimentaron con relación al diagnóstico de HTA diversas actitudes en su familiares como de normalidad, de preocupación, de no preocupación e incluso de ausencia.

“Mi señora ya sabía manejar el problema. Me dijo eso es normal no se preocupe, es normal; da a la mayoría de las personas, antes no se porque usted no tiene nada” (E-Ad 2012 01). “Pues mis hermanas normal, me decían pensé que ya no le iba a dar y nada....cada una en sus cosas y yo en la mías, sola” (E-Ad 2012 02). “Los hijos decían ¡que mi mama hipertensa! Que parte del corazón! Que hay que tratarla así!...Los hijos se preocuparon mucho, me mandaban para la droga, que el medico...” (E-Ad 2012 03). “Mis viejos ya se habían muerto cuando me dijeron de la hipertensión, yo soy solo, vivo con un sobrino pero no se siente, entonces no tuve a nadie cuando me dijeron que tenia hipertensión” (E-Ad 2012 04). “Cuando le conté a mi hijo que tenia la presión alta me dijo cuídate para que no te afecte el trabajo.... Y a mi hija solo me pregunto que me recomendó el medico y.... No se preocuparon, entonces tampoco le puse puse mucho cuidado” (E-Ad 2012 05). “...el hijo, el ya no va a la casa para que no me altere y no se me suba” (E-Ad 2012 06). “Normal... mi esposa sabia que es una enfermedad que me podía dar por mi mamá” (E-Ad 2012 07). “se preocuparon” (E-Ad 2012 08).

“fue muy...tremendo...fue muy duro...fue como traumática la situación...me puse mas nervioso, preocupado...Que no me vaya a dar lo mismo que mi hermana o que quede por ahí solo...” (E-Ad 2012 01). “...horrible, llore... Me da miedo quedar por ahí torcida... eso me da tristeza...quien me cuida, si soy sola” (E-Ad 2012 02). “Lo peor, que me iba a morir ligerito, yo pensé en lo peor, yo me muero ligero ...Como no sabia que era eso, me dieron nervios, no entendía esa frase” (E-Ad 2012 03). “No pues una mala noticia, No me gusto, como le va a gustar a uno que esta normal y le digan que es hipertenso” (E-Ad 2012 04). “...me puse a llorar, me dio un trauma...temor...ansiedad...malgenio...depresiones terribles...me da ganas de llorar y lloro...le temo a un infarto...y sola...” (E-Ad 2012 05). “...fue una sorpresa... una angustia...Pienso mucho...los dos enfermos, solos... quien cuidara a quien... quien se va a ir primero...” (E-Ad 2012 06). “Uno en el momento se extraña de la enfermedad uno joven y padeciendo eso...” (E-Ad 2012 07). “Me asuste, porque como ya he visto casos, he visto como la gente sufre de derrames, entonces me asuste y me preocupe mucho” (E-Ad 2012 08).

Reacciono emocional y sentimentalmente.

Los sujetos del estudio al conocer que padecían la enfermedad reaccionaron de acuerdo a la experiencia vivida con familiares y personas conocidas (amigos, vecinos). Estas reacciones fueron de tipo emocional como sorpresa, miedo, depresión, ansiedad, tristeza y considerada por

algunos como traumática y de tipo sentimental como nerviosismo, preocupación, tristeza, intranquilidad, incertidumbre, desconcierto, miedo, temor, ansiedad, aburrimiento, desagrado y depresión como se evidencia en el contenido de sus discursos.

5.1.2 Vivencias de la enfermedad

Tabla 2. Subcategorías de la Vivencias cotidianas de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con la enfermedad.

1. Culpa, pesar y preocupación.
2. Rabia, temor y ansiedad.
3. La presión sube y baja como un yo-yo

“...no se si mis hijos la padecerán....” (E-Ad 2012 01). “Pensé que no herede lo de mi mama y si...es hereditaria, mis hermanas ya la heredaron... que tristeza... mis sobrinos” (E-Ad 2012 02). “todos sacamos la misma enfermedad de mi papá...las hijas, los nietos...todos...” (E-Ad 2012 03). “Me preocupa...que les de a mis hijos” (E-Ad 2012 05). “...no se si mis hijos la tienen” (E-Ad 2012 06). “Preocupa por los descendientes” (E-Ad 2012 07). “Espero que mis hijos no la padezcan...Pobrecitos la herencia que les dejo...deben tomarse la presión...Vaya herencia que les deje a mis hijos...viene de atrás” (E-Ad 2012 08).

Culpa, pesar y preocupación. Las personas entrevistadas manifiestan culpabilidad, ya que se sienten responsables porque sus familiares hereden la enfermedad así como ellos la heredaron de los suyos refiriéndose a ella que es hereditaria, sintiéndose en algún momento de su conversación que hay algo que hicieron mal o que faltó más información; también manifiestan pesar y preocupación, por el dolor que les produce esta situación.

Rabia, temor y ansiedad, emociones y sentimientos claves por parte de los sujetos participantes ante la enfermedad y el tratamiento. A continuación se describen el temor que conduce a la ansiedad, incertidumbre e inseguridad y la rabia hacia el enojo e irritabilidad.

Los sujetos participantes vivenciaron emociones de **sorpresa, miedo, ira y tristeza**

“miedo...tristeza” (E-Ad 2012 02). “... yo pensé en lo peor...” (E-Ad 2012 03). “...me puse a llorar, me dio un trauma” (E-Ad 2012 05). “...una sorpresa...” (E-Ad 2012 06). “uno en el momento se extraña de la enfermedad” (E-Ad 2012 07). “...me asuste y me preocupe mucho” (E-Ad 2012 08).

“...dolorcitos de cabeza, si a eso si le temo...mi hermana murió por un dolor de cabeza, no se volvió a tomar la droga” (E-Ad 2012 01). “lo pone a uno a pensar que se va a enfermar de una cosa rápida...a un derrame, a una aneurisma... que quede uno torcido...es horrible” (E-Ad 2012 02). “Me voy a morir y me voy a ir ligerito...a una rabia.... A no ver bien a que continúen los mareos...a la hipertensión” (E-Ad 2012 03). “A un infarto” (E-Ad 2012 04) “un infarto...si” (E-Ad 2012 05). “A la diabetes,...a la soledad...prepararme para morirme...” (E-Ad 2012 06). “Un infarto...” (E-Ad 2012 07). “se lo puede llevar a uno en cualquier momento...a una trombosis a quedar paralizada, inútil, ciega... en coma...” (E-Ad 2012 08).

Así mismo, algunos de los sujetos vivenciaron **miedo a las complicaciones de la enfermedad** que les puede producir invalidez o muerte. Igualmente vivenciaron temores a complicaciones de la enfermedad como un derrame cerebral, un infarto, una trombosis; a padecer enfermedades de la familia relacionadas con la hipertensión como la diabetes o insuficiencia renal; también de las posibles consecuencias de la hipertensión como

invalidez (parálisis, pérdida de la vista, quedar en coma), haciendo énfasis en los familiares cercanos con hipertensión o la muerte de familiar por la Hipertensión. Además vivencian temor a perder su autonomía, a la soledad, a las limitaciones físicas.

También los sujetos vivencian desesperanza trayendo inseguridad, angustia **frente a lo que les depara el futuro**

“Que no me vaya a dar lo mismo que mi hermana o que quede por ahí solo, sin mi señora” (E-Ad 2012 01). “Le pido a Dios que si me va a dar algo mas adelante, que me lleve, que no me deje sufrir, quien me cuida, si soy sola” (E-Ad 2012 02). “Ya yo me acuesto y no se si amanezco, le pido a mi Diosito que me tenga bien a la edad mía (se sonríe)...que no me enferme mas...” (E-Ad 2012 03). “Uno enfermo seria inútil, una carga y no tengo hijos ¡peor!” (E-Ad 2012 04). “Que me de un infarto y quede en una cama y sola (llora)” (E-Ad 2012 05). Pienso mucho que será de nuestras vidas, los dos enfermos, solos... quien cuidara a quien... quien se va a ir primero...” (E-Ad 2012 06). “Intento no pensar, para que no me afecte” He visto morir vecinos y no quiero terminar como ellos, postrados en una cama, paralizados no.....no se como va a ser...yo le pido a mi virgencita que me proteja” (E-Ad 2012 08).

“... se sube y se baja como un yo-yo” (E-Ad 2012 02). “En un tiempo se me bajaba...hubo un tiempo que se subió” (E-Ad 2012 03). “... se me subía y se me bajaba me quedaba alta baja alta baja... (E-Ad 2012 06). “...hay momentos que se me sube...y hay momentos que se me baja. ...se sube y se baja...se sube y se baja y es aburrido” (E-Ad 2012 08).

La presión sube y baja como un yo-yo.

Forma cíclica de presentarse la presión en algunos sujetos diagnosticados. Experimentan cambios de presión alta a la baja y viceversa de una manera brusca y desconcertante.

Tabla 3. Subcategorías de las vivencias en los servicios de salud de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad

1. Satisfacción de los servicios de salud, en cuanto la atención médica
2. Satisfacción de los servicios de salud, en cuanto precisión del diagnóstico
3. Satisfacción de los servicios de salud, en cuanto explicación del diagnóstico y recomendaciones por parte del médico

Satisfacción de los servicios de salud

En cuanto la atención médica, los sujetos entrevistados vivencian la atención médica como “buena” “bien” “muy buena” “muy bien” “son buenos”, como un servicio de control de la enfermedad cuando lo necesitan, que son atendidos, les dan los medicamentos en cada una de las citas

“...muy bueno, la Doctora me ha estado controlando...la Doctora con su amabilidad me atendió muy bien” (E-Ad 2012 01). “... pues bien, si lo atienden” (E-Ad 2012 02). “...muy buena atención” (E-Ad 2012 03). “Bien, me atienden, me dan los medicamentos” (E-Ad 2012 04). “... me han atendido muy bien..., el solo hecho de hablar...de conversar, charlar, uno se siente bien” (E-Ad 2012 06). “En cuanto la hipertensión, bien dan los medicamentos pero de lo demás no” (E-Ad 2012 07) “me han atendido cuando lo he necesitado... las urgencias” (E-Ad 2012 08).

“...me la tomaron me tuvieron un rato en observación...” (E-Ad 2012 01). “...nueve días de seguimiento...” (E-Ad 2012 02). “...exámenes... cada ocho días después cada 15 días...” (E-Ad 2012 03). “...un seguimiento...cuatro muestras durante una hora...” (E-Ad 2012 04). “Seguimiento...tomaban la presión...” (E-Ad 2012 05). “... me tuvieron en urgencias...me estabilizaron dos horas tres...” (E-Ad 2012 06). “Me tomó la presión y ya...” (E-Ad 2012 07). “...en observación, me tomaban la presión... acostada, sentada parada” (E-Ad 2012 08).

En cuanto precisión del diagnóstico las vivencias relatadas por los sujetos participantes estaban relacionadas con tomas de presión constantes en un tiempo para corroborar el diagnóstico.

En cuanto explicación del diagnóstico y recomendaciones por parte del médico. Las vivencias de los sujetos frente al diagnóstico de hipertensión arterial gira en torno a la información inicial dada por el médico tratante quien proporciona unas primeras recomendaciones enmarcadas en cambios en la

alimentación, en asistir puntualmente a los controles, realizar actividad física y tomar diariamente los medicamentos.

“...que tenía que cuidarme...que no debe excederse en el trago...las comidas...” (E-Ad 2012 02). “...no pensar mucho... que me hacía daño y que no, que podía comer y que no y las rabias!” (E-Ad 2012 03). “asistir a los controles, cumplir con las citas y que siguiera la dieta... y ejercicios” (E-Ad 2012 04). “...me dice dominad tu ansiedad y dejad de comer... que debo hacer ejercicios...” (E-Ad 2012 05). “...que me tenía que calmar “(E-Ad 2012 06). “...que me tomara las pastillas...” (E-Ad 2012 07). “que me continuara tomando los medicamentos, que me tenía que aumentar la dosis o que me tenía que cambiar el medicamento” (E-Ad 2012 08).

5.1.3 Saberes de la enfermedad

Tabla 4. Subcategorías de los Saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad

1. La enfermedad y sus consecuencias
2. Fuentes de los conocimientos

“pues un infarto, enfermedades del corazón...afecta los riñones, hay que cuidarse...” (E-Ad 2012 04). “se afecta tantas cosas...el riñón...corazón, puede dar un infarto” (E-Ad 2012 05). “diabetes, dolor en el pecho que puede dar un infarto, sufrir del corazón” (E-Ad 2012 06). “...una trombosis, afecta los riñones y se va perdiendo la vista, puede dar un derrame (E-Ad 2012 08).

La Enfermedad y sus consecuencias: El sujeto percibe que la enfermedad tiene muchas consecuencias en su vida; se supone que los pacientes no son expertos y las ideas que tienen de la enfermedad y sus consecuencias provienen de su propia

experiencia, del autoconocimiento.

Fuentes de los conocimientos. Los sujetos han obtenido un saber científico de la enfermedad **a través del médico tratante** quien les dice que es un enemigo silencioso, una enfermedad silenciosa, con medicamento para toda la

vida; les explica las consecuencias de la HTA, los cuidados en la alimentación, los riesgos de padecerla, y la importancia de evitar alteraciones en su estado de ánimo entre otros, permitiendo a la persona hipertensa conocer mas de su enfermedad para un mejor control de la misma.

“él me dijo las primeras palabras: es que esto es el enemigo silencioso usted aparentemente se ve muy bien pero no crea la hipertensión...” (E-Ad 2012 01). “El medico me dijo que es una enfermedad silenciosa...si se excede en muchas cosas ya vienen problemas” (E-Ad 2012 02). “Le pregunte al Dr. que es eso, no me acuerdo que me dijo...me explico de las consecuencias...las enfermedades que me pueden dar...que las rabias me afectaban” (E-Ad 2012 03). “Me explicaron lo riesgos de esta enfermedad, una diabetes, el riñón...” (E-Ad 2012 04). “Cuando me decían que tenia que calmarme y me tranquilizaron me explicaron las consecuencias de alterarme ahora que tengo hipertensión” (E-Ad 2012 06). “... mi amigo el médico me dijo que al tenerla controlada no ocurre nada...” (E-Ad 2012 07). “la doctora me dijo que sufría de hipertensión, me explico de que se trataba...” (E-Ad 2012 08).

“yo la conocí a partir de mi esposa y mi hermana y ahora yo realmente sé que es la hipertensión, es de lo que vi en ellas Yo casi no escucho nada de la hipertensión yo se de hipertensión por mi hermana y mi señora” (E-Ad 2012 01). “...me explicaron... de las enfermedades...como ya sufren de lo mismo las hijas, entonces saben”(E-Ad 2012 03). “mi mama que le dio esta enfermedad... también le dio diabetes...la complica mas. (E-Ad 2012 06). “... por mi mama se esto, se le subió la presión” (E-Ad 2012 07). “Conocí de la hipertensión por mamá ella vivía con nosotros...” (E-Ad 2012 08).

Además las vivencias **con miembros de la familia** que han padecido o padecen de la HTA han permitido a los sujetos participantes relacionar el saber científico con el saber popular de la enfermedad

También el conocimiento de la enfermedad se dio en algunos de los sujetos por **autoinstrucción** o **autoaprendizaje**

“...una revista...sobre la hipertensión,” (E-Ad 2012 01). “se tomar la presión... asistí a una charla...de la HTA, que era, los cuidados que teníamos que tener y las enfermedades” (E-Ad 2012 08). “...he leído....causas, consecuencias y los cuidados que se deben tener, enfermedades que pueden dar...” (E-Ad 2012 07).

5.2 Significados de la enfermedad

Tabla 5. *Significados de la enfermedad*

1. Pérdida de bienestar
2. Puñalada traperera, estar mas cerca de la muerte
3. Aceptación o resignación de la enfermedad
4. De tal palo tal astilla, heredar a otros

“...no tenia nada nada, ahora...tomo la droga”(E-Ad 2012 01). “...mi salud fue buena hasta ahora...asistir a controles” (E-Ad 2012 02). “estoy bien pero ahora ya no es lo mismo... estoy bien pero ahora me cuido...me toca por la hipertensión” (E-Ad 2012 03). “...ahora me limitan en la comida... antes estaba bien, pero ahora me limitan...” (E-Ad 2012 05). “... mi salud ha sido buena...pastas todos los días y tener cuidado con los problemas familiares” (E-Ad 2012 06).

Pérdida de bienestar. Los entrevistados significan la enfermedad como pérdida de bienestar, desde el momento en que iniciaron las citas de control, la toma de medicamentos, el régimen

alimenticio, etc., percibiendo una ruptura del equilibrio de su salud ya que en sus propias palabras gozaban de buena salud, disfrutaban de un bienestar que hoy no tienen.

Puñalada traperera, estar más cerca de la muerte.

Los sujetos del estudio significan la enfermedad con esta frase popular “puñalada traperera” para expresar traición a su salud, a su bienestar, ya que la hipertensión arterial es una enfermedad

“traumática la situación...es el Enemigo silencioso... un enemigo silencioso...que es muy traicionero” (E-Ad 2012 01). “...es una enfermedad silenciosa” (E-Ad 2012 02). “...que es muy traicionera” (E-Ad 2012 03). “Como dicen que es la enfermedad silenciosa...Una persona enferma...” (E-Ad 2012 04). “Es una enfermedad que complica la vida...Que es muy peligrosa” (E-Ad 2012 05). “...que era el enemigo silencioso...es algo inestable...” (E-Ad 2012 06). “...la enfermedad silenciosa...la enfermedad silenciosa...lo puede matar en cualquier momento...enfermedad silenciosa...es muy traicionera...es muy traicionera...es muy aburridora. Es muy peligrosa” (E-Ad 2012 08).

traicionera, de difícil manejo, una enfermedad, que puede aparecer cuando menos se le espera, de un momento a otro, pues es asintomática volviéndose sumamente peligrosa por ser en sí una enfermedad crónica. Se le denomina como el “asesino silencioso”, porque va matando poco a poco y sin que podamos percibirlo hasta que la lesión se produce y se hace irreversible

Además genera inestabilidad emocional, ***acelera la enfermedad y la llegada a la muerte***

“Me da miedo... eso me da tristeza...que va a durar unos cinco diez años...se va a enfermar de una cosa rápida “(E-Ad 2012 02). “ estoy muy aburrida de tomar pastas y pastas todos los días...estoy muy aburrida...mal genio...esta enfermedad se lo puede llevar a uno en cualquier momento” (E-Ad 2012 08). “...y siente una ansiedad... una angustia, siempre le queda una huella de que se sienta así...Yo he pensado que prepararme para morirme, pero si digamos en un momento tengo que estar preparado...”(E-Ad 2012 06)

“... con el tiempo me fui acostumbrando...y la sobrellevo...soy disciplinado” (E-Ad 2012 01). “... paciente, llevarla con calma y continuar con mi vida común y corriente...ya me toco...” (E-Ad 2012 02). “... que ya la tenía... cuidarme si ya la tengo” (E-Ad 2012 03). “... adaptarme que tenía hipertensión “(E-Ad 2012 04). “... vivo con ella...” (E-Ad 2012 05). “estará conmigo siempre” (E-Ad 2012 06). “ya uno convive con ella ya uno se hace hermanito” (E-Ad 2012 07). “...hay que acostumbrarse a ella...” (E-Ad 2012 08).

Aceptación o resignación de la enfermedad.

Algunos sujetos hipertensos significan la enfermedad aceptándola como parte de su yo, una realidad con la que deben vivir. Dicha

aceptación radica en la comprensión de su condición y de su compromiso disciplinado de manejarla. Otros de los sujetos la significan con resignación adoptando una actitud de castigo con ellos mismos, conformándose o ajustándose a la existencia de la enfermedad.

“De tal palo tal astilla”, heredar a otros. Los participantes también significan la HTA como “de tal palo tal astilla” manifestando que sus padres tienen o tuvieron presión arterial alta, y que lo mas probable es que también sus familiares cercanos (hijos, nietos...) la padezcan; son más propensos a tener hipertensión a lo largo de su vida generando incertidumbre, preocupación en los sujetos participantes

“Mi hermana murió de la hipertensión y la hipertensión es hereditaria... no se si mis hijos la padecerán...pero de tal palo tal astilla...” (E-Ad 2012 01). ‘Es hereditario... todos sacamos la enfermedad...mis hijos ya la tienen...mis nietos...’ (E-Ad 2012 03). “Mi papa sufría de hipertensión y como es hereditario....” (E-Ad 2012 04). “Mi mama sufría de la presión, lo herede de ella... Me preocupa...que les de a mis hijos”(E-Ad 2012 05). “Como dicen que es hereditario... no se si mis hijos la tienen”(E-Ad 2012 06). ‘Mi mama, la herede... Preocupa por los descendientes’ (E-Ad 2012 07).

5.3 Discusión sobre los significados de la enfermedad

En este estudio las personas hipertensas construyeron significados de su enfermedad, los cuales son diferentes desde lo subjetivo⁷ y objetivo⁸ para cada uno de ellos; significados que emergen de sus experiencias, vivencias y saberes, de la comunicación que entablan con los profesionales de salud, con la familia, y con otras personas próximas.

La enfermedad no siempre se muestra tal y como es, sólo logran captarse signos y síntomas en etapas avanzadas de la misma, (33) de acuerdo a lo manifestado por Eslava & Puntel (2005), “la enfermedad es un término bastante

⁷ Lo subjetivo implica ámbitos personales o individuales

⁸ Lo objetivo componentes colectivos que se han internalizado en el individuo a través de la socialización

conocido pero un tanto difuso en el imaginario de la sociedad, debido a las amplias posibilidades de interpretación y significación que de ella puede hacerse. Es un término que aparece constantemente tanto en las comunicaciones informales como en la formalidad de las pesquisas científicas” (34). Es en el diario vivir, en las expresiones cotidianas, en los juegos simbólicos de las personas que tienen la enfermedad en donde se descubren verdades tan entrañables para quienes queremos promover la salud, y la forma de hacerlo es “conocer” lo que piensa el otro en lo individual y en sus relaciones con los otros en relación a la enfermedad.

Por tanto, el significado de la enfermedad, implicó para mi como investigadora dirigir la mirada a la clínica de lo cotidiano⁹; el participar en esta investigación, las experiencias, las vivencias y la misma enfermedad son un asunto propio de la cotidianidad en la que transcurre la vida y al reflexionar sobre la cotidianidad de estas personas adultas mayores y su participación activa en la construcción de la sociedad, como un acercamiento denominado por Núñez (2002) “inmediatez al mundo cotidiano”, implicó preguntarse por la propia existencia, la existencia de otros y las relaciones que se establecen en la interacción diaria.

Por tanto, el confrontarse con la existencia misma para comprender el significado de la enfermedad desde las personas hipertensas implicó concentrarse en los momentos en los que el ser-en-el-mundo cae como el

⁹ Así, 2011 se refiere a la clínica de lo cotidiano como una mirada más allá, fuera de los contextos de consulta, en el medio familiar y socio-comunitario, cuyas finalidades es ofrecer cuidados, sostén, contención, rehabilitación e integración, es decir, un apoyo afectivo y efectivo a las necesidades psicológicas y sociales de la persona.

cambio en la salud el cual es trascendental para las personas del estudio y como lo plantea Ledon (2011), cambio que las llevó a experimentar que su salud no es la misma, asumiendo significados de dependencia, limitación y pasividad en lugar de actividad, libertad y autonomía (35) transformando su vida diaria, alterando su bienestar habitual, porque desde el momento en que los sujetos iniciaron las citas a control, la toma de medicamentos, el régimen alimenticio, etc., se generó una ruptura del equilibrio de su salud apareciendo la enfermedad; y la familiaridad, la comodidad que sentían y en sus propias palabras la “buena salud” que gozaban devienen en extrañeza, contrariedad y tristeza y como lo plantea Jeanreanaud & Priez, 1999, citado por Ripari, Moscoso & Elorza, 2012, la existencia de una enfermedad modifica la vida de una persona, provocando dolor, angustia, depresión, generando una reducción del bienestar general (36). En otras palabras la cotidianidad, antes de la enfermedad era placentera y cuando la enfermedad llegó, todo cambió por completo; lo cual requiere de tiempo para adaptarse a las nuevas condiciones que trae el padecer la enfermedad a lo largo del tiempo; mientras algunas personas frente a los síntomas asumieron rápidamente el papel de enfermo, buscando ayuda médica, preguntando lo relacionado a la enfermedad y su cuidado e incorporándolo en su cotidianidad, otras personas desestimaban los síntomas y alertas del cuerpo asumiendo pasividad frente a su enfermedad, un sujeto sumiso, que confía en el profesional y hace todo lo que le dice sin dudar ni preguntar, que delega las decisiones en él, con poca participación para tomarlas sin incorporar a estas decisiones su manera de ver la vida, sus preferencias y sus proyectos, como lo manifestado por Machado (2005) citado

por García (2010), los cambios afectan diferentes ámbitos de la vida cotidiana de éstas personas hipertensas quienes manifiestan alteraciones emocionales, dificultando el control de la presión arterial (37), y de acuerdo a lo planteado en la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, estos cambios en el marco de la salud pública modifican los valores individuales y colectivos, los estilos y los modos de vida (38), así como la calidad de vida de individuos y grupos.

Cambios que con el tiempo algunos sujetos hipertensos han ido aceptando y otros se han ido resignando, es decir, han hecho de la enfermedad parte de su vida. En este contexto se plantea el siguiente interrogante: ¿las personas que asumen la enfermedad les cuesta menos aceptarla y sufren menos que los que no la asumen? Hay que tener en cuenta que los sujetos del estudio, son personas adultas mayores y la gran mayoría pensionados; etapa y estado en la que los cambios mencionados les producen una disminución de su capacidad de adaptación física y mental al medio ambiente y al entorno social. Adaptación que es variable en cada persona, ya que intervienen factores intra e interindividuales (39), lo cual refleja que los que la aceptan, pueden conocer más de su enfermedad y de los cambios que esta les genera permitiéndoles manejarla y vivir tranquilos; en contraste con los que no la aceptan, quienes sufren de depresión e intranquilidad, desconociendo los efectos negativos que la hipertensión trae para su bienestar, salud y calidad de vida.

Cambios, aceptación, resignación que llevan a significar la enfermedad como pérdida de bienestar repercutiendo en el equilibrio de la salud del sujeto, en su calidad de vida y en su entorno familiar dificultado el desarrollo de las actividades cotidianas y por consiguiente alteración psicoemocional y social de los sujetos del estudio. De ahí que los servicios de salud resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de las personas, pues facilitan estabilizarlos y mejorar la calidad de vida de las personas hipertensas. Pero aparte de los servicios, son los mismos sujetos que van acumulando experiencias, vivencias y saberes positivos o negativos que influyen en la significación que tienen de enfermedad y que se construyen en la educación, el acceso a bienes materiales y sociales, el acceso al trabajo y su calidad, los patrones de consumo y comportamiento de los sujetos, el entorno familiar, social y medioambiental de las personas. De acuerdo a esto las significaciones de enfermedad de las personas se tejen desde el propio sujeto, sus características, como lo encontrado por Cruz, (2012) quien refiere que los significados que las personas le asignan a una enfermedad, son una construcción individual debido a que abarcan múltiples aspectos de sus vidas (17); pero igualmente la relación con el entorno y desde las acciones del estado.

Por consiguiente, vivir con la hipertensión arterial, es una experiencia difícil para las personas diagnosticadas con la enfermedad, diagnóstico que fue inesperado para la gran mayoría de los participantes quienes llevaban una alimentación y una vida sin restricciones de ninguna índole, eran como ellos

mismos lo manifestaron “libres en lo que comían y en las actividades sociales en las que participaban”, aunque experimentaron antes del diagnóstico, síntomas como: dolor de cabeza, mareos, calores, entre otros, que no fueron reconocidos, máxime que todos tienen o tuvieron un miembro de la familia como el abuelo, el papá, la mamá, la tía, hermanos que padecen o padecieron la enfermedad, y que en el momento en que las personas comenzaron a vivir con la enfermedad la significaron como limitante, restrictiva, dependiente, rígida, y como una barrera social que impide disfrutar de sus vidas como lo venían haciendo, trayendo implicaciones, cambios a nivel personal, familiar y social; pero en el transcurso de la enfermedad los participantes asumieron esos cambios como propios de su cotidianidad, pero desde la perspectiva “se lo dio la enfermedad”, “se lo impuso el profesional de la salud” ; es decir una contribución externa más no como elección propia para encontrarse consigo mismo. Por tanto el ser sujeto hipertenso significa en este estudio no posibilitar a la persona asumir sus propios caminos ni encontrarse consigo mismo. En otras palabras la significan como una enfermedad impuesta que aparece cuando menos se le espera, de un momento a otro.

La enfermedad en la vida cotidiana de las personas es significada como una realidad que comparten con otros; con su esposo(a), con sus hijos, vecinos y profesionales de la salud y como lo plantea Berger & Luckmann (1997) esta acción lleva a un cúmulo de saberes que se transmite de generación en generación y está al alcance del sujeto en la vida cotidiana (26), saberes que tiene que ver con un orden cultural y social específico mediatizado por

personas o instituciones, comprometidos con su bienestar; pero el conocimiento brindado está orientado hacia las consecuencias para la salud de no optar prácticas de autocuidado, hacia las complicaciones propias de la enfermedad más no esta orientado para el bienestar físico, psicológico y social tanto del sujeto hipertenso como de su familia.

Saberes que les ha permitido conocer las características de la enfermedad, posibilitando el cuidado-control de ésta, mediante prácticas tradicionales y las que el modelo médico ha impartido en la población hipertensa. Es decir que los significados de la enfermedad resultan de la interacción social que realizan estas personas hipertensas con los servicios de salud a través de la consulta, por la transmisión de conocimientos de familiares, amigos/vecinos, por la información que la institución les ha brindado y finalmente por su propia experiencia adquirida al cuidarse a si mismos.

También los significados sobre la enfermedad están socialmente contruidos por parte de los sujetos del estudio que se derivan de aprendizajes científicos, experienciales y relacionales, aprendizajes que están determinados por condiciones sociohistóricas individuales y colectivas, y que según Soto, 2008, lleva a las personas a poseer una sabiduría acumulada, un conocimiento popular acerca de la enfermedad y su tratamiento y no por ello es insignificante, se presentan en las personas no solo mediante teorías o doctrinas formales sino también en forma de proverbios, dichos, anécdotas como lo manifestado por los sujetos del estudio “puñalada trapera” “de tal palo

tal astilla” que orientan las formas de pensar, actuar y ser de estas personas, ya que forman parte de la cultura, de la cotidianidad de ellas (40); lo cual debería tener una revisión en los modelos educativos de salud donde se conjuguen el saber popular y el saber científico.

En síntesis el significado que las personas atribuyen a la enfermedad surge de la interacción con los otros y de la interpretación que el mismo sujeto hace de las situaciones que surgen alrededor de la HTA.

5.4 Experiencias, vivencias y saberes relacionados con la adherencia al tratamiento

5.4.1 Experiencias del tratamiento

Tabla 6. Subcategorías de las Experiencias de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con el tratamiento

1. Convivo con la enfermedad.
2. Los problemas económicos y/o familiares me suben la presión. El estrés aumenta la presión.
3. Limita mis actividades cotidianas
4. Intento controlarme y me cuido continuamente
5. No soy reconocido

Convivo con la enfermedad. Vivir

con hipertensión arterial no es fácil.

Algunos sujetos del estudio para entender lo que les ocurre

“...paciente, llevarla con calma y continuar con mi vida común y corriente...” (E-Ad 2012 02). “...aprendí a vivir con ella, estoy acostumbrada” (E-Ad 2012 08). “Es una huella...estará conmigo siempre” (E-Ad 2012 06). “ya uno convive con ella” (E-Ad 2012 07).

adoptaron un papel activo en el cuidado de su salud en cuanto la medicación y cambios en su estilo de vida, haciendo del cuidado parte de su vida aludiendo “estoy acostumbrado”, “mi vida común y corriente”, “cuidarme”, “adaptarme”, “continuar” como se aprecia en sus discursos.

“los problemas de plata, lo económico me afecta...” (E-Ad 2012 02). “Me tensionan los problemas de los hijos...cualquier problema le afecta a uno”(E-Ad 2012 03).“las preocupaciones, el estrés Incide en la salud...por que los hijos, las preocupaciones, el estrés todo afecta...”(E-AD 2012 04) “Con mi hijo cada rato discutimos... me tensiona”(E-Ad 2012 05). “...Los problemas familiares, me estresan, no me podía controlar...”“Las tensiones el estrés la preocupaciones, el diario vivir de las personas...me subieron la presión...A uno se le sube por el estrés”(E-Ad 2012 06).“...se me ha subido la presión por un problemita.... Y eso me ha tensionado... me tiene incomodo” (E-Ad 2012 07). “Los problemas le suben la tensión a uno...” (E-Ad 2012 08).

Los problemas económicos y/o familiares me suben la presión.

Las tensiones de tipo económico, laboral y familiar representan un factor muy importante de ansiedad y estrés para los sujetos del estudio. Este factor de riesgo (el estrés) afecta la salud física y psicológica de los sujetos. Las personas participantes manifiestan incremento

de la presión arterial en situaciones estresantes de tipo laboral como lo vivido por uno de los participantes y de tipo económico y/o familiares vivido por el resto de los sujetos; vivencias negativas que son experimentadas intensamente con altos niveles de vulnerabilidad al estrés durante su tratamiento.

El estrés se ha convertido en una parte inseparable de la vida diaria de los sujetos del estudio; la exposición prolongada de los participantes ante los agentes estresantes durante meses o años, como los problemas laborales o familiares, las preocupaciones económicas y la falta de tiempo, ha causado problemas en su salud concretos y reales como lo es la presencia de la presión alta, llevando a los sujetos a significar la enfermedad y el tratamiento como resultado del estrés acompañado de alteraciones psicoemocionales.

“...el estrés me ocasiono esto, me enfermo...mi estrés se debió del mismo trabajo” (E-Ad 2012 01). “Me tensionan los problemas... me pone pensativa, claro que no le hecho cabeza me enferma más...” (E-Ad 2012 03). “Los problemas...tensionan y ahí se sube...” (E-Ad 2012 05). “Los problemas subieron la presión, me estrese, no me podía controlar...me dejo una huella...la hipertensión” (E-Ad 2012 06). “...se me ha subido la presión por un problemita.... Y eso me ha tensionado...” (E-Ad 2012 07).

Limita mis actividades cotidianas

Los participantes manifiestan que sus actividades han cambiado, por que la enfermedad los ha

“...ahora hay que hacer dieta, ya no tomo...ni como fritanga” (E-Ad 2012 02). “no puedo comer en la noche y tampoco comer tanto...” (E-Ad 2012 03). “me toca comer a escondidas porque como el doctor me prohibió todo...” (E-Ad 2012 05). “ahora ya no salimos, nos la pasamos en la casa... la comida sin sal o bajita de sal... no hablamos...estamos solos” (E-Ad 2012 06). “...no salgo porque que pereza ¡que como!...no salgo porque me ahogo...” (E-Ad 2012 08).

restringido en la comida orientándose en una alimentación saludable y en su vida social limitándose en sus salidas habituales. Los ha alejado de actividades como ingerir alcohol y comer alimentos que afectan su tensión arterial; estas actividades pueden generar placer en las personas así no sean saludables, o sea que ser adherente al tratamiento implica sacrificar actividades generadoras de placer como ciertos hábitos de alimentación o actividades de recreación.

“...trato como mas bien de callarme, me voy, cambio del tema, camino o si es algo pendiente consulto con la almohada para evitar... alterarme” (E-Ad 2012 01). “...Tranquila y no meterme en mas deudas” (E-Ad 2012 02). “...que no puedo tener rabias” (E-Ad 2012 03). “...no tengo sobresaltos porque la tensión, un disgusto altera la HTA” (E-Ad 2012 04). “He intentado no tener problemas de familia” (E-Ad 2012 06). “Yo intento controlarme pero la rabia y la angustia puede mas...pero yo intento controlarme por bien mio” (E-Ad 2012 08).

Intento controlarme y me cuido

continuamente

Los sujetos entrevistados para controlar la presión realizan manejos de tipo comportamental como “callarme” “cambio de tema” “camino” “no meterme en deudas” “no tener

rabias” “no sobresaltos” “no problemas familiares” “controlarme” es decir, son gestores del día a día de su condición para mejorar su vida.

Además los entrevistados para mejorar su vida **siguen los lineamientos pautados por los médicos**, se cuidan como ellos mismos lo expresan, mediante cambios en sus hábitos y rutinas diarias a nivel de alimentación, de medicamentos y controles médicos, apartando conductas adversas e implementando conductas favorables. Sin embargo uno de los sujetos sabe que debe cuidarse pero no lo hace.

“...para que reclamara la droga cada mes y al tercer mes la entrevista con ella y ahora cuatro meses...todos lo días me lo tomo por la mañana...eso es mi tratamiento...he bajado el ejercicio por el trabajo, como poquito...”(E-Ad 2012 01). “...asistir a controles...pastillas por la mañana y por la noche, todos los días...camino todos los días...piscina cada 15 días cada 20...pesaba 85 y quede en 57, me mantengo...” (E-Ad 2012 02). “Cada tres meses...me miden...me pesan y me preguntan que he tenido...las pastas me las estoy tomando muy puntualmente...estoy haciendo mucho ejercicio...voy dos veces a la semana...pesaba 80 ahora en 58...” (E-Ad 2012 03). “Cada tres meses pero la medicina cada mes...me cuido!...y asisto cuando me citan...me tomo las medicinas todos los días con mucha regularidad ...Además camino media hora... como sano”(E-Ad 2012 04). “Hace 4 meses no he visto la necesidad de ver al médico...A veces no me tomo las pastillas por la noche... camino todos los días...con la comida no tengo fuerza de voluntad...me he engordado...”(E-Ad 2012 05). “... he tenido consultas o citas por que siempre ha estado alta...A veces desordenadamente... yo me hago tomar la presión cada dos, tres días... una enfermera va a la casa...tres meses he estado

desordenado que no me tomo la pastica...la verdad se me olvida... me levanto temprano y camino... la comida bajita en sal”(E-Ad 2012 06).). Cada dos, tres meses...la controlo con las pastillas...a la hora adecuada en el tiempo dado la cantidad que el médico me prescribe...no soy muy deportista...mi peso me he mantenido, no me restrinjo en la comida” (E-Ad 2012 07). “Cada mes asisto...me tomo todos los días las pastas... antes hacia ejercicios pero ahora no puedo...me subi mas de peso (E-Ad 2012 08).

“... mantiene esclava de la droga y de la droga y de la droga...”, “...para toda la vida y no se la puede dejar de tomar....” (E-Ad 2012 01).

“Que tengo que tomarme las pastillas”
“...todos los días” (E-Ad 2012 05).
“Medicamentos de por vida” (E-Ad 2012 07).
(Tabla 1.1.7).

También los sujetos manifiestan

“Tomo todos los días

medicamento” refiriéndose a las

experiencias frente a la medicación

como el tratamiento para controlar la hipertensión, expresando “esclava de la droga” “para toda la vida” “pastillas de por vida” “todos los días” “pastas todos los días”

Así mismo, en este control de la enfermedad y el cuidado continuo los participantes relatan el **Uso los servicios de salud** como aquellas experiencias relacionadas con los servicios de consulta, servicios de urgencias y servicios del programa integral riesgo cardiovascular, como se puede apreciar en los siguientes discursos

Servicios de consulta

“La doctora me ha estado controlando... me hicieron examen... me la tomaron...” (E-Ad 2012 01). “Lo atienden a uno... le toman la presión...” (E-Ad 2012 02). “lo atienden...exámenes... formular pastas...” (E-Ad 2012 03). “...me atienden, me dan los medicamentos...la enfermera me tomo la presión...” (E-Ad 2012 04). “Para la cita llama uno y se la ponen a un mes...me tomaban la presión...” (E-Ad 2012 05). “...dan los medicamentos pero de lo demás no...ha decaído mucho...” (E-Ad 2012 07). “...las citas dependen de la agenda de la Doctora...Me toma la presión....” (E-Ad 2012 08).

Servicios de urgencias

“vine por urgencias porque me comenzó un dolorcito de cabeza...y me atendieron bien,” (E-Ad 2012 01). “...me han atendido cuando lo he necesitado...por urgencias...” (E-Ad 2012 08). “...me han atendido de urgencias...me estabilizaron...” (E-Ad 2012 06).

Servicios del programa integral riesgo cardiovascular

“nunca he ido al programa” [hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 01). “Hace tiempo me invitaron una sola vez en comunidad... pero nunca me volvieron a llamar [hace relación a las actividades educativas]...Los problemas no lo abordan en el programa...” (E-Ad 2012 02). “No he asistido a charlas...” [hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 03). “...no dan conferencias” [hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 04). “...no he asistido a ninguna reunión...” [hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 06). “No he asistido a ningún programa...” [hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 07). “....asisto con la doctora pero no he asistido a algo mas...”[hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 08).

No soy reconocido. Los sujetos participantes experimentan ser uno más en la consulta al que mecánicamente le toman la presión y le dan una receta de medicamentos, los ven como una cifra de TA a controlar, más no como un ser humano, una realidad humana que siente, vive y que

“... se limitan a sus pastas... no que le pasa lo económico, afectivo...” (E-Ad 2012 02). “... como se siente y como le va...que debo comer... las pastas... que he tenido y ellos escriben, anotan...” (E-Ad 2012 03). “...el chequeo, la formula, los medicamentos y ¡ya! (E-Ad 2012 04). “...me critica, me regaña que estoy gorda, no me gusta como me dice... y no...” (E-Ad 2012 05). “Apoyo emocional no lo hay. Falta una cita con un psicólogo para contar sus cosas” (E-Ad 2012 06). “No preguntan nada, aparte de los medicamentos y si esta controlada la presión” (E-Ad 2012 07). “Me atiende la Doctora...me pregunta que como sigo... me toma la presión... y no mas...” (E-Ad 2012 08).

necesita expresar e interactuar con el médico o el profesional que lo atiende.

5.4.2 Vivencias cotidianas de la adherencia

Tabla 7. Subcategorías de la Vivencias cotidianas de los sujetos diagnosticados con HTA relacionadas con la adherencia al tratamiento

1. Actividad incorporada a mi rutina diaria.
2. La pérdida de libertad en diferentes dimensiones
3. Aumento de medicación
4. Cuidado de si
5. Apoyo social o aislamiento social / Sentirme solo, subvalorado, no escuchado, no me dan un lugar.

“...ahora que tomo la droga...todos lo días...por la mañana...” (E-Ad 2012 01). “...hasta ahora con la presión, tengo que asistir a controles... una por la mañana y una por la noche, todos los días” (E-Ad 2012 02). “...y ahora yo me cuido mis mareos, mis dolores de cabeza...por la mañana y por la noche” (E-Ad 2012 03). “...eso si no me puedo descuidar por la presión... tomo una aspirineta me la tomo día de por medio... los medicamentos a las horas que me dicen” (E-Ad 2012 04). “...por la mañana y por la noche...” (E-Ad 2012 05). “... bueno con pastas todos los días y tener cuidado con los problemas familiares..... una por la mañana y una por la noche” (E-Ad 2012 06). “Las pastillas que no me pueden faltar...una pastilla diaria...” (E-Ad 2012 07). “...ahora es peor una tensión muy alta y controles a cada rato...Todos los días...una por la mañana y otra por la noche...otras dos, una a las 10 am y la otra a las 3 pm. (E-Ad 2012 08).

Actividad incorporada a mi rutina diaria.

Los sujetos generaron cambios en su rutina, incorporando actividades de manera sistemática como la toma de medicamentos y asistir a controles en forma regular. Algunos de los participantes siguen las indicaciones prescritas por el médico, utilizando el medicamento tal y cómo les fue indicado en cuanto la dosis, frecuencia con que se debe administrar y duración del

tratamiento de larga duración para conseguir un óptimo resultado en el control de la presión. Este manejo de la medicación es individualizada como se manifiesta en sus discursos.

Además las personas del estudio vivencian diferentes **sentimientos en relación a los medicamentos y a los conocimientos** que han ido adquiriendo sobre la enfermedad y que influyen notoriamente sobre su accionar.

“nervioso, preocupado”(E-Ad 2012 01). “muy aburrida...mal genio... Angustia...” (E-Ad 2012 08). “temor...ansiedad... mal genio...depresión...depresiones terribles” (E-Ad 2012 05). “...angustia...” (E-Ad 2012 06).

También algunos de los sujetos participantes han vivenciado con frecuencia **síntomas emocionales** (temor, ansiedad, depresión, aburrimiento) que parecen asociados a una serie de **síntomas físicos** (mareos, sudoración, cansancio, dolor de cabeza, desaliento, ganas de vomitar), y que repercuten de forma significativa en su bienestar.

“...cuando se me sube la presión me da susto, especialmente cuando me da mareos” (E-Ad 2012 02). “...maluquera, maluquera y como con ganas de traspasar... pero vea...si que me afo” (E-Ad 2012 03). “...me canso, me fatigo... continuos dolores de cabeza, sudoración constante, que me da pena...estoy aburrida...me ahogo...un dolor de cabeza y mareo que me asuste ...” (E-Ad 2012 08). “venas varice me han salido... me duelen y me dan calambres...sufro mas de depresiones....”(E-Ad 2012 05). “... se pone uno mas sensible como ansioso, no quiero sentirme solo...” (E-Ad 2012 06).

La pérdida de libertad en diferentes dimensiones.

Las personas dicen que toman medicamentos, siguen un régimen alimentario y ejecutan cambios en su estilo de vida, lo que configura una pérdida de la libertad dado que

“Restricciones de comida, el trago, el cigarrillo...” (E-Ad 2012 02). “Hay comida que no las puedo comer...no como mucho y con menos grasa...Me sirven mas poquito pero como lo mismo” (E-Ad 2012 03). “... no puedo comer todo lo que me gusta y quiero...me dio rabia....” (E-Ad 2012 05). “...como lo que ella come, [hace alusión a su esposa] a veces como normal... A veces peco pero en la calle...me he restringido en las salidas...” (E-Ad 2012 06). “como muy poco...ya me tiene cansada, aburrida...no salgo...que como!...me he tenido que restringir de todo, de la comida, de salir hasta de caminar “(E-Ad 2012 08).

el cuidado para los sujetos es limitación, dependencia, rigidez, restricción y barrera social que ha impedido disfrutar de su vida como lo venían haciendo, trayendo implicaciones personales, familiares y sociales, que de manera determinante quedan involucrados con la enfermedad.

“...Se me aumento las medicinas” (E-Ad 2012 04). “...me formularon mas pastas” (E-Ad 2012 08). “... entonces me aumentaron las pasticas” (E-Ad 2012 06).

aumento de medicación. Es importante destacar que algunos de los sujetos necesitan de más de un

medicamento para controlar su presión arterial, ya que tienen hipertensión de difícil control.

Cuidado de si. Los pacientes resaltan el cuidado de si mismo mediante la alimentación que ocupa un lugar relevante junto con otras recomendaciones como el medicamento, y el control de si, destinados a fomentar el bienestar y una actitud positiva frente a la vida.

Implica ***cuidados continuos***, ya que algunos sujetos del estudio se comprometen activamente en el cuidado de su salud y el tratamiento,

significando la adherencia no sólo con la toma de los medicamentos sino la implementación de una nutrición adecuada, manejo emocional, actividades físicas, citas periódicas con el médico tratante, es decir, cuidados continuos por parte del paciente tomando algunos conciencia y transformando acciones que conlleven a cuidados y a cumplir con el tratamiento y control de su enfermedad.

“... uno debe cuidarse,...y para eso existen los médicos, las drogas, las personas...” (E-Ad 2012 01). “... es de cuidado...seguir un control... que controlara el peso y me he mantenido... he tomado mas conciencia, de lo que uno no debe hacer.” (E-Ad 2012 02). “uno mismo debe cuidarse siiiii por que uno sabe lo que le hace daño, y todo y entonces no debe de hacerlo” (E-Ad 2012 03). “...de cuidado... me he subido de peso...tengo que bajar...yo me debo cuidar pero no tengo la fuerza de voluntad yo sé que tengo que cuidarme pero la fuerza de voluntad...ni para la dieta, a veces las pastillas” (E-Ad 2012 05). “ no tener problemas familiares...cuidarme, controlarme...camino mucho...depende de uno..., el trato, la convivencia...yo me hago tomar la presión cada dos, tres días...me estoy cuidando bastante...me estoy cuidando bastante...todos los días me tomo una tasita de ajo todos los días con agüita y limón con agüita...trato de...cuidarme” (E-Ad 2012 06) “...es de cuidado... pendiente que no se me suba la presión o que no se me baje... pero no sé que pasa...Ha sido difícil controlar mi peso, hago todo lo que me dicen pero no, la doctora esta desconcertada con mi presión y mi peso, pero yo hago lo que me dicen...Yo aprendí a tomar la presión y me tomo la presión, me la tomo seguido...Me cuido...me cuido en la comida” (E-Ad 2012 08).

“Mi señora es mi apoyo...me entiende. Por ella soy disciplinado” (E-Ad 2012 01). “...mucha ayuda de mis hijos...Mi nieto...es mi apoyo...pero ellos están en el trabajo y no pueden estar conmigo... los amigos que me cuidara...Nadie puede ayudar, no están bien en este momento...” (E-Ad 2012 03). “ningún tipo de ayuda de los amigos...Mi sobrino...muy reservado, me da 150...Soy soltero, sin hijos...” (E-Ad 2012 04) “...no tengo la ayuda de nadie yo trabajo sola...” (E-Ad 2012 05) “... de mi familia no tengo...estamos solos nos sentimos solos...no están pendientes de uno...los amigos, un vecino, un familiar, el de la tienda, uno conversa y charla y se le pasa el día y se le olvida” (E-Ad 2012 06) “Está pendiente mi esposa” (E-Ad 2012 07). “Mi esposo esta pendiente de mí...Mis hijos no me pueden colaborar...están pendientes...” (E-Ad 2012 08).

Apoyo social o aislamiento.

La vivencia frente al apoyo familiar va de acuerdo al rol que tiene el miembro de la familia, a saber, esposo(a) apoya en la toma de medicación, en una alimentación sana que no le falte nada, generando tranquilidad al paciente; los

hijos, para algunos participantes, están pendientes de ellos en la alimentación y la medicación mientras otros sujetos refieren no recibir ningún tipo de ayuda ni afectiva ni económica. El apoyo de personas cercanas como amigos o vecinos puede ser de diversos tipos, como aquellos que les manifiestan palabras alentadoras de cuidado hasta aquellos que con una actitud conversadora permiten a la persona hipertensa ser escuchada, una vivencia muy valiosa para ellos.

“...ellos preguntan, escriben, anotan... de la enfermedad como esta uno...” (E-Ad 2012 03). “...me critica, me regaña...que estoy gorda... no me escucha lo que me pasa... son tantas cosas....pero soy la paciente... me siento sola” (E-Ad 2012 05). “falta una cita con un psicólogo para contar sus cosas, cada vez estamos mas solos” (E-Ad 2012 06). “No preguntan nada...” (E-Ad 2012 07). “... no tienen tiempo para escucharlo a uno...y hace falta... le tratan la enfermedad...” (E-Ad 2012 08).

Así como algunos sujetos se sienten apoyados por sus familiares y amigos otros se perciben **solos, subvalorados, no escuchados, sin un lugar**. Los médicos tratantes ponen en el centro la enfermedad,

mostrando poco interés por las experiencias de los sujetos, los cuales sienten que no son escuchados y que no valen ante los ojos de los profesionales ya que éstos con sus actitudes y posturas como realizar sus anotaciones en la historia del paciente, no involucrarlo en una forma activa durante la valoración y control y no atender con la mirada al otro, no dan el lugar al sujeto que como persona, que como ser humano es y se merece

Tabla 8. Subcategorías de las vivencias en los servicios de salud de los sujetos hipertensos con relación a su adherencia al tratamiento

Inconformidad con algunos componentes del servicio
Participación en actividades del programa, el control mismo y distintas al control.

Inconformidad con algunos componentes del servicio: Los entrevistados presentan alguna inconformidad derivada de los servicios de salud. Los motivos más frecuentes de inconformidad en estos sujetos están relacionados con la solicitud y programación de las citas, el servicio brindado por uno de los profesionales, la deficiente comunicación médico-paciente, la falta de una cita con el psicólogo para que aborde situaciones personales, la falta de charlas y conferencias sobre la enfermedad y lo más importante que los escuchen.

“...pero nunca me volvieron a llamar...Los problemas no lo abordan...lo que le pasa...que lo escuchen a uno” (E-Ad 2012 02). “Hace falta, están fallando...no dan conferencias” (E-Ad 2012 04). “... la nutricionista que me peso y saco una hojita me escribió y me subrayo lo que debo y no debo comer.....la cita llama uno... se la ponen a un mes, antes no!...no me escucha” (E-Ad 2012 05).falta una cita con un psicólogo para contar sus cosas, para eso es lo importante en lo emocional” (E-Ad 2012 06) “...las citas dependen de la agenda de la doctora.... me remitió a la nutricionista pero no!!! Me dio una hoja...no tienen tiempo para escucharlo a uno” (E-Ad 2012 08).

Participación en actividades del programa, el control mismo y distintas al control.

La mayoría de los participantes no conocen el programa riesgo cardiovascular en cuanto actividades educativas, solamente son participes de los controles en forma regular en lo relacionado con la toma de la presión, la prescripción de medicamentos y valoraciones de rutina.

“...control...le tomaban la presión...hace tiempo me invitaron una sola vez en comunidad...[hace relación a las actividades educativas]...que tiene que cuidarse, lo que puede comer, que debe caminar mucho... las enfermedades que le pueden venir...”(E-Ad 2012 02). “Me formulaban las pastas. La enfermera me tomaba la presión. El médico me daba la formula, me pesaba, me pregunta como se siente y como le va y lo miden a uno...No he asistido a charlas...[hace relación a las actividades educativas]...” (E-Ad 2012 03). “De la nutricionista, la enfermera y el médico... chequeo, la formula de medicación y ¡ya!...no he asistido a conferencias.....[hace relación a las actividades educativas]...” (E-Ad 2012 04). “Me toman la presión, el peso y me examinan el pecho normalmente exámenes con la Doctora...No lo conozco, no he asistido”[hace relación a las actividades educativas] (E-Ad 2012 06). “...el médico, me atiende, me toma la presión y me prescribe el medicamento...No he asistido...[hace relación a las actividades educativas]solamente con el médico que me trata” (E-Ad 2012 07).

5.4.3 Saberes de la adherencia

Tabla 9. Subcategorías de los Saberes de los sujetos hipertensos con relación a su adherencia al tratamiento

1. Mantener la presión arterial en rangos normales
2. Hábitos saludables
3. Toma continua de medicamentos

Los saberes que tienen los sujetos sobre el tratamiento de la hipertensión arterial giran en torno a mantener la presión arterial en rangos normales mediante una alimentación saludable, ejercicio constante y los

“...droguita...para toda la vida y no se la puede dejar de tomar.... mi señora ella si ha tenido cambios, el organismo le ha pedido el aumento de la droga...” (E-Ad 2012 01). “mi presión esta normal 120/80... ahora se que debo comer, yo mismo preparo mi comida...” (E-Ad 2012 04) “El tratamiento es que tengo que tomarme las pastillas...” (E-Ad 2012 05). “mas pastas...todos los días, la comida es menos... muchas cosas...” (E-Ad 2012 06).

medicamentos los cuales deben tomarse de forma continua durante el resto de la vida.

5.5 Significados de la adherencia al tratamiento

Tabla 10. *Significados de la Adherencia al tratamiento*

1. Beneficios de ser adherente.
2. Esclavitud
3. Seguimiento de la norma, recomendaciones.
4. Costos sociales de ser adherente.

Beneficios de ser adherente. Los sujetos del estudio significan la adherencia al tratamiento como disminuir complicaciones, mejorar la salud, recuperar la salud, sentirse bien, sentirse mejor; es decir, en sus palabras “sentir beneficios” físicos en torno al tratamiento.

“Nunca me volvió a dar esos dolores de cabeza...como unos pringoncitos en la cabeza aquí (señala la sien)...El control con la Doctora, evita enfermarse de los riñones...Me siento bien... me he mentalizado” (E-Ad 2012 01). “Pues uno se concientiza, se ha controlado la presión que siempre ha sido alta...Cuidarse, para evitar si problemas de los riñones, si del corazón...Sentirme mejor...” (E-Ad 2012 02). “Ah! Esos mareos no me volvieron a dar...que no sufra del corazón... de los ojos, de los riñones...Mejora mi salud y estoy tranquilita...seguir lo que me dicen para que no se me suba” (E-Ad 2012 03). “...prevenir el infarto... una diabetes, que afecte el riñón...Ha mejorado mi salud, con el medicamento, con la comida que ahora es saludable” (E-Ad 2012 04). “me voy a sentir tranquila que no me de un infarto...que no me enferme del corazón” (E-Ad 2012 05).).”Que estoy controlado...Prevenir un infarto, que sufra de los riñones y de la diabetes que fue lo que le dio a mi mamá...Sentirme mejor” (E-Ad 2012 06). “El control de la presión...Al tenerla controlada no ocurre nada, nada de diabetes, ni insuficiencia renal,.... Hay que tenerla controlada para que no me afecte...Me siento bien” (E-Ad 2012 07).

Esclavitud. Esta enfermedad, supone un régimen terapéutico tan condicionante para los participantes del estudio haciéndoles sentir “esclavos” de su rutina (toma de medicación, seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida). Ven el tratamiento como una esclavitud ya que debieron ajustar su comportamiento a las recomendaciones dadas por los

“soy esclavo de la droga... droga todos los días...y cuidados con la alimentación, mi señora me ayuda...” (E-Ad 2012 01). “... como le dije estoy atada a las pastas....el tratamiento me restringe mucho, en lo que como, que debo hacer ejercicios no! pero que mas se hace...” (E-Ad 2012 02). “...toca volverse uno muy juicioso, exigente con uno y cuando uno no ha hecho esto es que no sabía... cambia todo...” (E-Ad 2012 03). “...todo me prohíben, yo como de todo...a escondidas, yo no tengo voluntad...tomar medicamentos, tomar por toda la vida...” (E-Ad 2012 05). “... pastas todos los días...ahora ya no salimos,... la comida es sin sal o bajita de sal...ya no hablamos...” (E-Ad 2012 06). “...al comienzo pastas de 50mg y ahora 100 mg y hasta mas...debo tomar las pastas todos los días, por el resto de mi vida estoy atada a las pastas.... A la casa, ya no salgo... a la comida...” (E-Ad 2012 08).

profesionales de la salud en cuanto horarios y dosificación del medicamento, cambios en su alimentación por una mas saludable, optar por una actividad física, etc, para permitirles mayor adherencia al tratamiento

Seguimiento de la norma, recomendaciones. Es así, como los sujetos hipertensos significan la adherencia la cual los lleva a cumplir las recomendaciones de tratamiento dadas por un profesional de la salud y asistir a controles médicos

En este aspecto **Cumplir con el tratamiento, disciplina con el medicamento.** Algunos de los participantes significan la adherencia en relación con la toma de medicamento; el uso del medicamento de una forma determinada, en cuanto hora y

“El tratamiento, la droga es para toda la vida... ser disciplinado con la droga” (E-Ad 2012 01). “tomar pastillas de por vida. Ser consiente todos los días y ... no fumar ni tomar...” (E-Ad 2012 02). “...pastas...todos los días, hacer lo que dice el médico... y no a las rabias” (E-Ad 2012 03). “...tomar medicación....de por vida, ese es el tratamiento....”(E-Ad 2012 04). “Que tengo que tomarme las pastillas...” [con enojo]”(E-Ad 2012 05). “... pastas todos los días... muy cumplido pero la verdad a veces se me olvida” (E-Ad 2012 06). “cumplir con el tratamiento...medicamentos de por vida” (E-Ad 2012 07). “...pastas para todos los días... juiciosa con mi tratamiento” (E-Ad 2012 08).

dosificación, tomar la medicación cada día tal y como se la han prescrito; otros la significan con el medicamento mas una dieta balanceada, no fumar, actividad física, evitar el estrés, citas médicas, etc.

“asistir a los controles...cada cuatro meses, se ha ido alargando ya el tiempo” (E-Ad 2012 01). “asisto a consulta cada mes por ser paciente riesgocardiовascular” (E-Ad 2012 02). “Cada tres meses asisto a control...” (E-Ad 2012 03). “Cumplir con las citas” (E-Ad 2012 04). “Hace 4 meses no he visto la necesidad de ver al médico” (E-Ad 2012 05). “Consultas cada mes por estar muy alta” (E-Ad 2012 06). “Con los controles cada dos o tres meses” (E-Ad 2012 07). “Cada mes por lo muy alta voy a la cita con la Doctora” (E-Ad 2012 08).

También en este seguimiento de la norma **el asistir a las consultas** para los sujetos del estudio la adherencia significa asistir a las citas médicas para controlar la presión arterial y posibles enfermedades o dolencias, que se

puedan desencadenar a partir del tratamiento. Además para recibir los “consejos” que dan los profesionales relacionados con la práctica de actividad física o seguir algún tipo de dieta que permita mejorar mantener controlada la tensión arterial.

Además **Seguir las recomendaciones del médico**, los sujetos resaltan la obediencia a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, asumiendo un rol pasivo y sumiso frente a su tratamiento

“me recomendó tomar los medicamentos para toda la vida para controlar la presión” (E-Ad 2012 01). “seguir la recomendaciones del médico que tenía que cuidarme de muchas cosas...” (E-Ad 2012 02). “me decían los médicos no pensar mucho...me dijo que me hacía daño y que no...” (E-Ad 2012 03). “...me recomendaron asistir a los controles, cumplir con las citas y que siguiera la dieta... y ejercicios” (E-Ad 2012 04). “...y el médico me dice dominad tu ansiedad y dejad de comer” (E-Ad 2012 05). “las enfermeras y el médico me dicen que me tenía que calmar” (E-Ad 2012 06). “La doctora me decía que me continuara tomando los medicamentos” (E-Ad 2012 08).

Costos sociales de ser adherente. La hipertensión genera costos sociales por su larga duración, su gran dependencia de la farmacoterapia múltiple y sus respectivas complicaciones

“Uno se vuelve dependiente de la droga...un esclavo de la droga...imagínese todos los días” (E-Ad 2012 01). “No! pastillas de por vida, quede amarrada...”(E-Ad 2012 02) “las pastas me las estoy tomando muy puntualmente , todos los días” (E-Ad 2012 03). “cumpló con la dosis todos los días” (E-Ad 2012 04). “...Todos los días” (E-Ad 2012 05). “Pastas, dos diaria...” (E-Ad 2012 06). “...no puede faltar” (E-Ad 2012 07).“por el resto de mi vida estoy atada a las pastas”(E-Ad 2012 08).

Por tanto, los sujetos del estudio significan la adherencia como **dependencia al medicamento** ya que refieren el consumo continuo del mismo a largo plazo, es decir, durante toda su vida, que los lleva a cumplir con las

dosis diaria y la combinación de dos o mas de los medicamentos para el control de la presión

Dependencia de los servicios de salud. Algunas personas del estudio llegan a una situación de dependencia a los servicios de salud; necesitando controles periódicos, la formula de los medicamentos, mayor atención por ser personas mayores de 60 años ya que la evolución de su enfermedad o de algunos problemas de su salud obligan un seguimiento constate por parte del servicio sanitario en lo concerniente a las citas, controles y al programa en general.

“uno se vuelve dependiente de ellos lo que puede y lo que no puede...” (E-Ad 2012 02). “...uno llama para una cita, se demora pero se la dan y si no hablo con la doctora y ella me hace un campito. Eso si voy por mi formula muy juicioso” (E-Ad 2012 06). “por la formula y con el medico que me trata” (E-Ad 2012 07). “...asisto cada mes a control por que es muy alta...y si no por urgencias para que me atiendan y me controlen” (E-Ad 2012 08).

“pero ahora se me ha aumentado el mareo, ahora sufro de unos mareos, me siento mal” (E-Ad 2012 03). “me salen morados y me tomo la aspirineta día de por medio” (E-Ad 2012 04). “...siento decaimiento, dolor de espalda y cabeza... me he subido de peso” (E-Ad 2012 05). “pero me pongo a pensar...hay la creencia que la potencia sexual cae, hay fármacos que disminuye el deseo sexual pero eso a mi no... es un factor psicológico” (E-Ad 2012 07). “me canso mucho y es por la presión alta...sufro de continuos dolores de cabeza, sudoración constante...me ahogo...me he engordado mucho...” (E-Ad 2012 08).

También los sujetos significan la adherencia como **el tratamiento peor que la enfermedad**, ya que creen que la “cura”, el “remedio” es peor que la enfermedad, debido a los efectos adversos que los medicamentos acarrearán para la persona hipertensa. Entre estos

efectos están vértigo o mareo, problemas de erección, sentirse cansado, débil o con falta de energía, dolor de cabeza, aumento de peso sin proponérselo, entre otros.

“.....que lo escuchen a uno” (E-Ad 2012 02). “...que lo tengan en cuenta” (E-Ad 2012 04). “...que me aconseje.... No me regañe” (E-Ad 2012 05). “necesitamos apoyo emocional...” (E-Ad 2012 06). “...tiempo para escucharlo a uno....” (E-Ad 2012 08).

Necesidad de ser reconocido. La familia, o los profesionales de la salud o la sociedad en general no los valoran, no los escuchan, no los

toman en cuenta, entonces los sujetos ven la necesidad de ser reconocidos como personas, donde se les escuche, donde se les valore, donde se les tenga en cuenta en lo concerniente a su enfermedad y a su tratamiento, con una mayor participación en su proceso de control de la misma.

5.6 Discusión de los significados de la adherencia al tratamiento

Al comprender el mundo de significados y valoraciones que se construyen y reconstruyen en torno a la adherencia me permitió como investigadora apropiarme y a los sujetos participantes a aprehender de sus comportamientos y motivaciones enmarcados dentro de un sistema de relaciones sociales y familiares en el cual se comparte un esquema de significaciones en cuanto cuidados, control y servicios de salud.

La mayoría de las personas hipertensas significan la adherencia alrededor de los beneficios obtenidos generándose el siguiente cuestionamiento: ¿el significado de ser adherente tiene que ver con el beneficio? Los sujetos del estudio mencionan que los beneficios de seguir el tratamiento los mentaliza, los concientiza y los convierten en personas persistentes en su proceso de mantener controlada la presión arterial, y así parafraseando sus discursos

disminuir complicaciones, mejorar la salud, recuperar la salud, sentirse bien y sentirse mejor; es decir, que los principales logros de tener su presión controlada se relacionan con “sentir beneficios” físicos debido al tratamiento.

Otro aspecto importante del “cumplimiento” se relaciona con la toma de medicamentos, al ser diagnosticados con la enfermedad se enfrentan a una realidad inevitable: la ingesta diaria de medicamentos de por vida que requiere disciplina por parte de la persona hipertensa; para algunas personas significa una rutina de obligaciones¹⁰, para ellas el cuidado tiene un peso, una carga mientras que para otras, es más de obediencia¹¹ y disciplina¹², el cuidado se incorpora a su rutina y no es una carga, lo aceptan bajo unas condiciones tener información, tener educación y asumir la enfermedad. En los relatos de los sujetos el tratamiento significa: toma de medicamentos, cuidados, citas, asumiendo un rol pasivo y sumiso; una dinámica mecanizada que no tiene un papel reflexivo frente a su práctica y el proveedor también no facilita un espacio de reflexión sobre el sentido de las prácticas, no hay una relación de tu a tu que le permita al sujeto sentirse mejor, no ha tenido una explicación de su práctica, la cual no favorece visibilizar la subjetividad del sujeto en los seguimientos de control que asiste, en cuanto pensamientos, emociones, comportamientos, encuentros sociales y cuidados de sí mismos.

Además, la toma de medicamentos se asocia con temores a los efectos adversos, dependencia y diversas rutinas de administración. El no acceder a

¹⁰ Carga, que los sujetos hipertensos tienen con su tratamiento

¹¹ Es una actitud responsable, de colaboración y participación con el tratamiento

¹² Es la coordinación de actitudes con las cuales se instruye para para seguir el tratamiento

los medicamentos en el tiempo que es, tiene varias connotaciones en la relación medico-paciente, en la educación del sujeto y en el acceso mismo del medicamento. Asimismo la entrega y recibo de los medicamentos es una vivencia, cuando el sujeto decide suprimir la dosis, extenderla en el tiempo o reducir la dosis; lleva a los sujetos a significar la adherencia alrededor de los costos sociales¹³.

Desde esta perspectiva aparecen varios cuestionamientos: ¿las personas que tienen un significado centrado en los beneficios podrían ser más adherentes al tratamiento que los que se centran en los costos sociales? la cronicidad de la enfermedad, la dosificación y los efectos secundarios del tratamiento exigieron cambios en las actividades habituales de su vida cotidiana: varios medicamentos, diversos horarios que dificultan la adherencia de algunos sujetos del estudio; en cambio mejorar la salud, y deseos de sentirse bien, revelaron un valor muy importante para las personas y un aspecto motivacional relacionados con la salud, favorecedor del “cumplimiento”. ¿Las mujeres tienen más temores a los efectos adversos que los hombres? en los discursos de las personas se hace evidente una diferencia de género en cuanto que las mujeres estaban más preocupadas por la ganancia de peso y los hombres con el tema de la disfunción sexual; efectos que fueron entendidos en el sentido de lo que representan para los sujetos en su interacción cotidiana con su mundo.

¹³ El costo social, busca expresar las diversas dimensiones en las que la sociedad se ve afectada por una enfermedad específica, en este caso la Hipertensión arterial.

Al inicio de la enfermedad las personas experimentan preocupación en relación a lo que es y a la forma de como vivir con ella y en el transcurso de la enfermedad esta preocupación tiene que ver con la capacidad de mantenerse controlado, la cual (la capacidad de mantenerse controlado) es significada por las personas en seguir comportamientos como hábitos alimenticios saludables y horarios de los medicamentos, y al no seguirlos, pueden llevar a una crisis hipertensiva, es decir, que los medicamentos junto con la alimentación y la actividad física les permiten reducir síntomas y prevenir una complicación de salud como puede ser un infarto o una trombosis.

Por consiguiente las personas del estudio han tenido que generar cambios en sus comportamientos en cuanto a la alimentación orientándose hacia una más saludable y en su vida social reduciendo sus salidas habituales y encuentros sociales que los ha alejado de actividades cotidianas como tomar bebidas alcohólicas o comer alimentos que pueden afectar su presión arterial.

Lo anterior llevó a las personas a significar la adherencia como pérdida de su libertad, al limitarse en las actividades que realizaban cotidianamente suponiendo un régimen terapéutico tan rígido que los hace sentir “esclavos” de su rutina (toma de medicación, seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida), ya que debieron ajustar su comportamiento a las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud expresados en emociones y sentimientos de rabia, temor y ansiedad encubiertas por el mismo sujeto.

Sentimientos y emociones que muchas veces no son percibidos ni explorados ni atendidos por los proveedores de servicios de salud, significando para los sujetos la necesidad de ser reconocidos como personas, de ser escuchados, valorados y tenidos en cuenta, favoreciendo así oportunidades para una mayor participación en el proceso de control de su enfermedad.

De acuerdo a Mercado (2007), enfermar y enfrentar la enfermedad permite reordenar la forma habitual de vivir (41), es significada como una lucha continua que tienen que enfrentar las personas hipertensas en su día a día, llevándolas a sentir miedo, preocupación, estrés ocasionándole depresión, ansiedad e ira. Lo anterior concuerda con lo planteado por Buzzi (2007) citado por García (2010), según el cual el miedo induce al individuo con hipertensión arterial a estar en continua preocupación, y se traduce en amenaza del mundo en que vive, causándole aislamiento y ansiedad (37), ya que la enfermedad es algo difícil de aceptar, especialmente porque será para toda la vida.

Estas emociones negativas, el miedo, la ansiedad, la depresión, el estrés, y la ira están presentes en los sujetos hipertensos, emociones develadas en este estudio y coincidentes con otros estudios de enfoque cuantitativo como los de Vetere, Ripaldi, Ais, Korob, Kes & Villamil (2007); Han, Yin, Xu, Hong, Liang & Wang (2008) citados por Gaviria (2009) quienes encontraron pacientes hipertensos con altos niveles de ansiedad, depresión e ira (42). Las personas hipertensas al vivir con estas emociones conjuntamente con sus significados subyacentes podrían influir en el curso y los efectos de la enfermedad y, por

tanto, sobre las condiciones y calidad de vida de quienes viven con una enfermedad crónica como lo es la HTA, ya que generan cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo, pero en especial sobre el funcionamiento psicosocial tal como lo plantea Mochales & Gutiérrez (2003) citado por Ledon (2011), las enfermedades crónicas son consideradas como acontecimientos vitales que generan grandes demandas en términos de recursos físicos, psicológicos y sociales(35).

Además lo encontrado por Mejía & Gómez (2012), las situaciones emocionales, sobre todo el estrés producido por situaciones familiares, sociales, laborales, incluso la misma impotencia por la enfermedad, son las que afectan su estado de salud, frente a las cuales las personas sienten que el proceso terapéutico aporta muy poco (16), en voz de los sujetos “no abordan lo emocional”. De ahí que los programas de promoción deben atender las necesidades psicosociales y económicas, ya que ambas son fuentes de ansiedad e inseguridad como lo encontrado en los discursos de los sujetos del estudio y como lo plantean Wilkinson & Marmot, las instituciones deben apoyar a las familias, estimular la actividad en la comunidad, combatir el aislamiento social, reducir la inseguridad económica y financiera, y promover habilidades para afrontar situaciones desde las áreas de educación y rehabilitación de la población hipertensa.(43)

Otro significado de la adherencia esta relacionado con el servicio brindado por el médico tratante, algunas personas manifiestan que solamente se limitan a la consulta y al chequeo de rutina como es la toma de presión y la formula de

medicamentos, es decir que para algunos sujetos del estudio solamente prima lo asistencial mas no lo humano, mientras para otras personas lo vivencian con amabilidad desde el momento en que ingresa a consulta quienes manifiestan poder entablar conversaciones con su médico respondiendo a sus inquietudes sin limitación.

En cuanto el servicio brindado por los demás profesionales, por parte de la enfermera aluden los sujetos que mientras realiza el proceso de rutina de toma de presión va conversando con ellos sobre el estilo de vida resaltando la importancia de los hábitos alimenticios, actividad física donde el sujeto opta por un comportamiento pasivo, de escucha, no interactúa en su proceso y su toma de decisiones es mínima por no decirlo casi nula; y por parte de la nutricionista mientras para uno de los sujetos la vivencia ha sido positiva ayudándolo a alimentarse sanamente, para otros la vivencia no ha sido satisfactoria ya que refieren que el plan de alimentación no es individualizado y falta mayor seguimiento, vivencia que no permite contribuir al mejoramiento y control de su enfermedad, y como lo plantea Maya, 2003 en su texto sistemas de servicios de salud, la finalidad del sistema de servicios de salud es preservar y mejorar la salud de la población, mientras que los objetivos es brindar servicios de salud con alta calidad humana, técnica y científica.(44)

En otras palabras algunos de los sujetos vivencian la relación médico-paciente deficiente; los médicos tratantes ponen en el centro la enfermedad o el control de las cifras de tensión arterial, mostrando poco interés por las experiencias y

vivencias de los sujetos, quienes sienten que no son escuchados y que no valen ante los ojos de los profesionales ya que éstos con sus actitudes y posturas: como realizar sus anotaciones en la historia del paciente, no los involucran en una forma activa durante la valoración y control, no lo reconocen con la mirada, no dan el lugar al sujeto que como persona, que como ser humano es y se merece; la comunicación entre el profesional de la salud y la persona, según los propios sujetos, debería ser mas cercana, cordial y satisfactoria; donde los profesionales no se centren en la enfermedad sino en la persona, máxime que son mayores de 60 años con una enfermedad crónica que los ha acompañado por mucho tiempo y seguirá con ellos en lo que les resta de vida.

En otras palabras una comunicación que no sea un simple intercambio de información sino que les permita retroalimentarse en un contexto que cambia permanentemente; donde el rol que está desempeñando (una persona que tiene una enfermedad), los sentimientos y emociones que manifiesta (acompañados tanto de comunicaciones verbales como no verbales) y el ambiente donde tiene lugar la interacción entre el profesional de la salud y el sujeto (con la participación de su familia o amigos) sean tenidos en cuenta.

Esto, establece un vínculo con un sentido único para el sujeto pero que dista por un lado de la norma nacional en cuanto al acortamiento del tiempo otorgado a la consulta médica y por otro al proceso de atención en cuanto a la

poca humanización¹⁴ de la atención que atentan contra la relación entre los profesionales de la salud y los sujetos hipertensos. Según Hovards & Strauss, 1997 la humanización concierne, además de al enfermo, al personal sanitario, a los administradores y a los políticos, y tiene que ver no sólo con la gestión ordinaria de la asistencia sanitaria, sino también con la investigación biomédica, la ecología y la educación a los valores(45), y que de acuerdo con Peña, Rodríguez & López, (2004) una buena comunicación y una adecuada relación entre el médico tratante y el paciente son elementos que en diversos estudios se han considerado fundamentales para incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y disminuir la percepción de atención médica deficiente o inadecuada (46).

Las personas al estar “enfermas”, no sólo sufren una enfermedad, que afecta una parte de su cuerpo, sino que viven en un estado psicoemocional que es consecuencia de la enfermedad que afecta a todo su ser, es decir, la enfermedad tiene un componente humano que es inevitable y que sólo es posible abarcar desde la dimensión humana.

Se sabe que el sujeto hipertenso es, ante todo, un ser humano y no simplemente un organismo que necesita ser controlado, cuando el personal de salud lo olvida y lo deja de lado, la dimensión humana desaparece, similar a lo que plantea Ayala, (2012), no queda sitio para la individualidad, ni hay

¹⁴ En el diccionario de Teología Pastoral Sanitaria, Spinsanti define la humanización como “una actitud mental, afectiva y moral, que obliga al agente de salud a repensar los propios esquemas mentales y a diseñar modos de intervención para que se orienten al bien del enfermo (persona que, por encontrarse en dificultad, no siempre es capaz de formular correctamente su propia necesidad)”.

respuesta para sus demandas psicológicas y afectivas(47). No sentirse reconocido, significado que lleva a los profesionales de la salud a centrarse solo en la enfermedad, y a no abarcar toda la realidad; es decir, a prestar una atención sanitaria desintegrada, a dejar de lado al sujeto y tratarlo como un simple portador, a deshumanizar la relación, a reducir la salud a la ausencia de enfermedad.

Retomando del párrafo anterior, ¿Deshumanizar? ¿Acaso el hablar de humanizar en el ámbito de la salud no suena redundante?, ya que prestar servicios de salud lleva implícito el sentido humanístico de contribuir al bienestar del ser humano, sin embargo, en la práctica, las personas significan que no se considera al ser humano en sentido global, holístico, en sus dimensiones física, intelectual, emocional, relacional o social y espiritual, ya que el servicio según Quintero (2003), va por la vía de la fragmentación y la super-especialización (48); lo anterior concuerda con una afirmación de Bermejo (2003) “conjuntamente con el desarrollo de la técnica, se ha ido instalando de manera progresiva un proceso de deshumanización en el mundo de la salud”(49).La deshumanización significa despersonalización en el uso de la tecnología, olvidando alguna de las dimensiones del ser humano como lo propuesto por Bermejo (2003), citado por Quintero (2003), la deshumanización se produce cuando no hay igualitarismo y justicia en la distribución de los recursos sanitarios (48), a lo que yo añadiría cuando no hay igualitarismo en la entrega del servicio. Se acercó al fenómeno salud- enfermedad e interpretación desde esa mirada; sin embargo al revisar éste trabajo es importante resaltar

que estos sujetos se desarrollan en un contexto social, histórico, cultural y político y esas experiencias, vivencias y saberes están mediados por estos. No se desconocen otros factores para analizar este fenómeno.

Humanizar el servicio, tal como lo plantea Martín & Grau, 2004, implica promover una mayor participación del sujeto en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se cree que el sujeto se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica (50).

Además, si la salud es un derecho humano reconocido por la Constitución política colombiana¹⁵, el derecho a la salud para la población hipertensa se garantiza promoviendo la calidad de vida, entre otros, a través de un modelo de atención en salud con un grupo de profesionales competentes y humanizado, y con el empoderamiento directo y participación de las personas hipertensas en el proceso de atención y en el cuidado de sí. La humanización y la calidad de la atención nos compete a todos los profesionales de la salud.

Además, el sujeto hipertenso es ante todo un ser social, con fuertes necesidades¹⁶, no sólo físicas y biológicas, sino también psicológicas y

¹⁵ DERECHO A LA SALUD. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Constitución Política de Colombia, Artículo 49

¹⁶ Del Valle, Todas las personas tengan o no una enfermedad tienen las mismas necesidades, todas necesitan el amor, el amar, la familia, el sentirse útiles, aprovechar el tiempo, la presencia de un otro; pero hay que tener en cuenta que son diferentes las maneras de afrontar las necesidades, y los sujetos por tener una enfermedad, tienen una fuerte necesidad psicológica, social y espiritual que los sujetos

sociales. En el proceso de su enfermedad, las relaciones personales, los procesos de comunicación y los socioafectivos, fundamentales para su equilibrio y bienestar, están disminuidos en éstos sujetos adultos mayores posibilitando por un lado sentimientos de soledad por no contar con alguien significativo que los apoye y el aislamiento como precariedad del soporte social siendo común el deceso de los amigos, los cambios de domicilios en la ciudad o a otras ciudades, que interrumpen la cotidianeidad de sus relaciones y que sumado a la enfermedad crónica afecta negativamente el entorno social de las personas, e igualmente en su enfermedad.

Y por otro lado para el grupo de entrevistados que comparten un entorno social estable, sensible, activo y confiable se encontró que tienen mayor control de la enfermedad y menos complicaciones en la misma, tal como lo plantea Fuentes & Ojeda (2007) el entorno social protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y moviliza al individuo a la utilización de servicios de salud (51).

Lo anterior mencionado muestra como los procesos psicosociológicos deben ocupar un lugar privilegiado en la salud pública para entender, comprender, acompañar y transformar las vivencias de enfermedad y tratamiento priorizando aspectos como la dignidad de los sujetos diagnosticados con hipertensión y su

que no tienen la enfermedad, ya que es la enfermedad, la edad y la experiencia que hace afrontarlas de distinta manera. Ante una enfermedad todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades, las cuales tienen un incremento más que lo habitual. De tal forma que la enfermedad genera: - Síntomas Físicos: Dolor. - Síntomas emocionales: Miedo, ansiedad, ira, tristeza. - Necesidades Espirituales: Sentimientos de culpa, de perdón y de paz interior. - Demandas Sociales: Consideración y no abandono.

capacidad para transformar su realidad, atendiendo no sólo las necesidades inmediatas, a mediano y largo plazo sino las vulnerabilidades sociales, las propias capacidades y potenciales, siendo las personas las protagonistas de su propia historia (52). Lo cual demanda de las ciencias de la salud superar el enfoque exclusivamente centrado en signos y síntomas físicos para dirigir la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico. (53)

Continuando con los servicios de salud, los sujetos vivencian la solicitud y programación de las citas como no oportunas, que se dan muy tarde debido a la cantidad de usuarios y a la agenda de los profesionales, lo cual va en contravía con lo estipulado por el Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, SOGCS, (2006) las acciones se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, con la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, es decir que los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario. (54, 55); las personas tienen derecho a la salud.

Siguiendo en esta línea de los servicios, los sujetos manifiestan inconformidad de las actividades educativas del programa por la falta de charlas y

conferencias sobre la enfermedad ya que como lo plantea Redondo, 2004, la educación para la salud, es una herramienta de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad y un eje fundamental de la Atención Integral en salud. (56), Para ello, se requiere de la aplicación de actividades educativas en salud que se desarrollen a través de los niveles de intervención de educación masiva¹⁷, grupal¹⁸ e individual¹⁹ ya que la mayoría de los participantes no conocen el programa “riesgocardiovascular” en cuanto actividades distintas al control. Son pocas las personas que se enteran de que opera dicho programa y de las pocas que lo conocen asisten a las actividades propias al control. Esta desinformación, lleva a los sujetos a no acudir al programa por desconocimiento del mismo y falta de interés y motivación.

La debilidad de las actividades educativas del programa riesgocardiovascular de la institución, requiere: primero, pensarse el modelo pedagógico, ese mismo al que seguramente las condiciones y relaciones con los grupos de sujetos hipertensos y diabetes pueden ser similares a lo recogido en este grupo y las prácticas de profesionales y técnicos podrían ser similares en el mismo marco contextual; y segundo, la teoría revisada que tenga en cuenta el universo cultural de los participantes ya que esos significados son compartidos por personas con hipertensión arterial. Los resultados de este estudio sobre las experiencias, vivencias, saberes que dan cuenta de los significados de la

¹⁷ Intervención en salud utilizada cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas en la población.

¹⁸ Intervenciones dirigidas a grupos homogéneos de personas para abordar determinados problemas de salud o aspectos de su salud.

¹⁹ Intervenciones dirigidas a individuos para abordar un problema de salud determinado o aspectos de su salud.

enfermedad y la adherencia al tratamiento deberían ser apropiados por los profesionales y técnicos de la institución para el mejoramiento de los programas de educación para la salud en crónicas, específicamente de la HTA.

Por tanto la educación para la salud debe ser por un lado, una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud y por otro lado permitir la transmisión de información, y fomentar la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva de los sujetos hipertensos.

Ese conocimiento y ese saber se han construido en el discurso médico de las complicaciones pero carece de un lenguaje, de un discurso motivador positivo sobre las prácticas de autocuidado; ya que en los programas educativos, sus modelos no son constructivistas, no hay reconocimiento del ser, no se hace ni se desarrollan modelos pedagógicos para que los sujetos se apropien de su enfermedad y tratamiento; el propósito de los programas educativos es reunir a la personas en grupo con una mayor participación y apropiación en cuanto grado de conocimiento, tratamiento y control sobre la hipertensión arterial, pero el programa educativo plasmado en un documento en la institución no funciona en la práctica, por tanto, no hay espacios de discusión ni reflexión sobre los problemas que más afectan a estas personas, que las lleven a ellas y a toda la comunidad a tomar conciencia de cual es su situación, que problemas deben resolver por si mismos, pero esta conciencia no surge espontáneamente

en las personas, es la misma institución, la EPS, la que debe propiciar espacios de reflexión, lo anterior se afirma parafraseando a Espinosa & Ysunza, 2009, "...abrir espacios dialógicos para la articulación de conocimientos y practicas de los distintos sujetos sociales (paciente, medico) y para su autogestión"(57), pero al no darse estos espacios algunos sujetos son pasivos frente a su saber y actuar, mientras que la gran mayoría hecha de menos esos espacios de interactuar, de compartir sus practicas, sus aprendizajes positivos, de aprender de las practicas de los otros, es decir espacios que permitan socializar.

Los servicios dan unas condiciones que responde a las características del sujeto y éste responde con su autocuidado, pero si no se le da la oportunidad que se eduque, que se informe, que reflexione, puede interferir en la adherencia de estas personas al tratamiento; adherencia que por un lado hace referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo, etc.), y por otro lado es compleja porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otro, como ha ocurrido con las personas participantes de tomar a horas el medicamento cuando han suprimido alguna toma, o seguir las recomendaciones cuando se aproxima la cita de control o retomar hábitos cuando sufren una crisis, y que de acuerdo con lo planteado por Ortego, 2004, las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, la información, el apoyo social y las variables de la Organización son un grupo de variables

significativas para la adherencia que se deben tener en cuenta en los programas educativos que se brinda a estos sujetos hipertensos.

Por tanto, los resultados de la investigación muestran, concluyen que en el programa riesgo cardiovascular de la institución no se reconocen a los sujetos, que no parten de los saberes de las personas, que los saberes de éstos no están integrados y no se usan en las actividades educativas y el proveedor de salud no supera la relación que sea cálida y placentera, continuando con un programa medico asistencial; Por lo cual surge el siguiente cuestionamiento ¿es posible construir modelos de salud integrales, capaces de responder a las necesidades reales de la población? si se tienen en cuenta las bases culturales y el modo de vida de quienes hacen uso de los servicios, si se establece un verdadero vínculo entre el saber popular y el saber científico se generaran resultados positivos para el conjunto del colectivo social y para toda la población.

Por tanto esta participación y comunicación sólo es posible a través de un diálogo de saberes en el cual tenga lugar la interpretación de la realidad y la revalorización de los saberes (33). Permitiendo como lo menciona Restrepo 2012 “una nueva concepción del saber en salud pública, no como discurso unívoco de una élite, sino como un emergente de las relaciones dialécticas entre el conocimiento del sentido común y el conocimiento científico”. Es decir, el diálogo de saberes entre la ciencia y el sentido común, es el encuentro con las experiencias vividas, el saber cotidiano y la evolución y vida cotidiana del

sujeto diagnosticado con HTA entorno a las cuales puedan construirse formas de entendimiento compartidas y prácticas sociales y científicamente aceptables (58).

Con relación a lo anterior, la educación para la salud, se constituye en una estrategia para la construcción social de la salud; construcción que se desarrolla generalmente en las interacciones informales de los individuos y sus grupos de referencia como lo son: la familia, los amigos, los compañeros, la comunidad. Los sujetos han construido los significados de la adherencia a partir de cómo viven sus cuidados, cómo toman la medicación, cómo se alimentan, cómo realizan la actividad física, cómo controlan lo emocional, entre otros, es decir, los significados que tienen los sujetos de su tratamiento surge de la propia experiencia y de la experiencia de otros y con otros, llegando a un conocimiento concreto frente al cuidado de la enfermedad, y es a partir de la información que les dan los profesionales de la salud que llevan a las personas hipertensas a un saber común del cuidado de sí, de la enfermedad, saber que se distancia en la práctica, en el hacer, en lo cotidiano, en diferentes niveles de acuerdo a las características del sujeto y al contexto en el que se desenvuelve, es decir, existe una brecha entre ese saber y las prácticas concretas llevadas a cabo para controlar la enfermedad; esta brecha es producto de ciertas dificultades en su hacer por ejemplo las comidas que el médico restringió hacen parte de la alimentación diaria de los sujetos, o algunos no tienen la costumbre de comer vegetales o frutas o no saben como prepararlas, o sale mas costoso preparar un plato para una persona que para toda la familia, tal

como lo plantean Silberman, Ruggero, Perruza, Lopez, Polla, Speronia & Bugatti, existe cierto divorcio entre el saber y la práctica, este divorcio no es producto de una falta de voluntad por parte de los pacientes sino ciertas dificultades fácticas(59); La enfermedad y la adherencia están relacionadas con condiciones sociales y culturales y la edad de estos sujetos quienes son adultos mayores cuyos significados parten de la comprensión e interpretación que hacen a partir de patrones de consumo instaurados culturalmente; de ahí que se requiere del apoyo familiar, las redes de apoyo social, especialmente la familia que juega un importante papel en el bienestar de los sujetos, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita a la persona para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento. (59) y como lo menciona Gómez (2010) los significados están influenciados por la historia familiar de los sujetos que permite la comprensión sobre el comportamiento adherente o no de las personas con enfermedades crónicas.(16) Pero al no existir dicho apoyo puede llevar a la no adherencia debido al grado de conocimiento que se maneja sobre su enfermedad, así como en la adopción de cambios en los estilos de vida, similar a lo planteado por Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006 quienes encontraron que saber qué hacer, cómo y cuándo hacerlo no es solamente voluntario sino que requiere de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento.(11)

Continuando con el cuidado de sí, según Lanz, 2012 “El cuidado de sí, puede traducirse como formación de sí, como conocimiento de sí, como práctica de sí,

resulta ser una hermenéutica del sujeto mediante la cual se busca que éste se escuche y se mire a sí mismo, se interpele como persona, para que pueda formar-se y así pueda soportar como corresponde todos los acontecimientos posibles, todas las aflicciones y problemas que puedan afectarlo durante toda la vida” (60).

Lo anterior permite decir, que la formación de sí no busca inculcar un saber técnico-instrumental en los sujetos hipertensos en lo relacionado con la enfermedad, es más bien una especie de soporte ético para que el sujeto pueda hacer frente a su enfermedad durante toda su vida. Preocuparse por sí mismo, volver la mirada hacia sí mismo, y de acuerdo a lo planteado por Foucault, 2002, el cuidado de sí corresponde a una acción determinada que va a efectuarse en el individuo al que se da la palabra para que pueda salir del estado, del status, del modo de vida, del modo de ser en el cual se encuentra.(61) y parafraseando a Lanz, 2012, la práctica de sí se da hacia el interior del ser, para cuidarse, para ser servidor de sí mismo y rendirse un culto que afecta el modo de ser del propio sujeto. Por eso ocuparse de sí implica siempre una elección, un modo de vida de la persona que tiene una enfermedad. (60)

El cuidado de si, implica una perspectiva histórica del sujeto desde la cual el presente adquiere importancia en virtud del pasado, que aporta datos e información para entender y comprender su devenir como persona y su relación con la enfermedad. (60,62) Por tanto los aspectos personal, social e

histórico del sujeto se deben tener en cuenta en la educación para la salud, en los programas que brindan las instituciones de salud para abordarlo de una manera integral.

Entonces ¿El cuidado es un peso, una carga para la persona hipertensa? ¿Qué tanto la persona hipertensa reconoce su contribución a la enfermedad?; la esencia del hombre es ser cuidador de sí y como lo plantea Vásquez, 2006 el cuidado, como valor subjetivo, debe su existencia, su sentido, su validez, a las reacciones del sujeto que valora. El cuidado no existe por sí solo, sino que está incorporado, es inherente a la vida humana. (63)

Con lo anterior expresado ¿cuál debería ser el papel de los servicios de salud? algo importante, conocer el significado de lo psíquico, lo social y lo grupal, ya que el duelo, la autonomía, la subjetividad, la capacidad de espera, entre otros, nos permitirá a los profesionales de la salud leer la vida cotidiana de las personas que asisten al servicio, comprender mejor a la personas que se están recibiendo y atendiendo, tener algún criterio acerca de los roles masculino y femenino y de las relaciones entre ellos, identificar aspectos básicos del grupo familiar como pautas de crianza saludables o distorsionadas, las relaciones entre lo social y lo individual; es decir, actuar en el aquí y ahora, en la sociedad y el momento histórico de sus vidas.

De ahí la importancia de la salud pública de servir de plataforma para reconocer y dar valor a las formas de pensamiento y a las expresiones

culturales y sociales que determinan prácticas y comportamientos de los grupos tal como lo plantea Quevedo (1993) “el contexto sociocultural no sólo determina las formas de existencia y adaptación del hombre, sino también las formas de representación que el hombre se hace de dichos procesos” (64).

En lugar de un cambio de actitud y de organización de los servicios de salud, debemos aproximarnos a los sujetos desde una mirada mas comprensiva, más interpretativa y pensarse los servicios de salud para responder a las necesidades y formas que experimentan y viven los sujetos y esto sería una forma de lograr el desarrollo de estrategias de reorientación de servicios como lo manifestado en la carta de Ottawa, (1986) donde los servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos(65),para Lopez-Acuña,(2000), en este sentido el reto fue plantear la necesidad del cambio desde dentro y fuera del sistema (66) y para Nairobi, (2009) identifica las principales estrategias y compromisos de urgencia necesarias para cerrar la brecha de implementación en la salud y el desarrollo mediante la promoción de la salud (67); que se reconozca al sujeto, que se interactúe con el ser, que el profesional de la salud también es sujeto y así mejoraría la adherencia.

Por ello y de acuerdo con lo que dijo el Dr. Haro Encinas en la conferencia, “saberes populares en salud” (2011), la idea es concienciar a los profesionales

de la salud acerca de cómo influyen los saberes populares en su práctica, tanto en la prevención como en la fijación de prioridades y lo que es la gestión sanitaria en la Salud Pública, rescatando el valor de los elementos del saber popular para reorientar las prácticas profesionales. (68)

Por consiguiente en torno a la salud desde lo social es importante resaltar lo que mencionan varios autores latinoamericanos (69, 70, 71), la salud es un fenómeno complejo que abarca dimensiones sociales, históricas, culturales y políticas. Para Almeida (2000), citado por Bustos (2011), la salud incluye dimensiones sociohistóricas, englobando la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales, considerando los aspectos simbólicos de la vida cotidiana en sociedad; Granda (2004) la considera como una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, y para Breilh (2010), esta se da en el espacio urbano, como objeto de transformación.

No todas las personas se adhieren al tratamiento de la misma manera, puede variar de una persona a otra en función del tiempo, de las recomendaciones de los profesionales, de los ajustes que el sujeto hace a las mismas y de los costos y beneficios que obtiene.

De acuerdo a todo lo anterior el significado del “cumplimiento” del tratamiento según lo expresado por las personas del estudio continua con una visión parcial y reduccionista, ya que “el cumplimiento” encontrado en los propios sujetos sigue desde la perspectiva de los profesionales de la salud dejando de

lado o ignorando la mirada de las personas, razones por las cuales las personas hipertensas siguen, ajustan o abandonan su tratamiento.

En síntesis la hipertensión vista como un problema de salud pública, por su magnitud, relevancia, costo social, frecuencia, entre otras características requiere de respuesta social coherente con las necesidades de los grupos poblacionales afectados o en riesgo de desarrollar la enfermedad. En este sentido, pensar, desarrollar y probar estrategias consecuentes con los resultados de este estudio redundaría en el bienestar del grupo de estudio. Por otro lado, el estudio nutre discusiones alrededor de las experiencias, vivencias y saberes en escenarios académicos, en agrupaciones de y para personas con enfermedades crónicas y en contextos políticos y administrativos nacionales, departamentales y locales.

6. REFLEXIONES FINALES

Este Trabajo de investigación persiguió cuatro objetivos fundamentales: 1) Develar las experiencias de los sujetos hipertensos. 2) Develar las vivencias cotidianas y en los servicios de salud de los sujetos hipertensos. 3) Develar los saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad y a la adherencia al tratamiento. 4) Reconocer los significados que tiene para el sujeto la HTA y la adherencia al tratamiento. Con el objeto de facilitar la lectura en el presente capítulo se procedió a comentar las conclusiones mas

relevantes de esta investigación, la cual hace referencia a los objetivos antes mencionados, asimismo se presentan las limitaciones del estudio, sus implicaciones para las personas Hipertensas, la entidad, la relación población-prestadores, la salud pública en general y la academia y la docencia así como algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

6.1 Experiencias de los sujetos hipertensos.

El primer objetivo planteado en la investigación, consistió en develar las experiencias de los sujetos hipertensos lo cual permitió discriminar, comprender y explicar las experiencias, de los sujetos frente a su enfermedad y la adherencia

En cuanto a las experiencias de los sujetos en el estudio muestran cambios en la salud en el momento que no se lo esperaban, fue inesperado teniendo que ajustar sus vidas a nuevas practicas como asumir el papel de enfermo, tomar contacto con el agente de salud limitándolos y/o alejándolos de sus actividades sociales dando lugar a la aceptación o resignación del proceso terapéutico dado por los profesionales de los servicios de salud

6.2 Vivencias cotidianas y en los servicios de salud de los sujetos hipertensos.

El segundo objetivo planteado en la investigación, consistió en develar las vivencias cotidianas y en los servicios de salud de los sujetos hipertensos lo cual permitió discriminar, comprender y explicar las vivencias de los sujetos frente a su enfermedad y la adherencia.

Respecto a las vivencias de los sujetos participantes en el estudio revelan que no es fácil vivir con una enfermedad crónica, que se requiere de muchos esfuerzos para aprender a vivir con los múltiples cambios sociales y psicológicos ocasionados por la enfermedad y su tratamiento. La cotidianidad de control y cuidados de estos sujetos pueden ser desconocidos para los profesionales de las salud, quienes por tal motivo es posible que provean un cuidado ajeno a las necesidades de las personas y que los sentimientos y emociones que muchas veces no son percibidos ni explorados ni atendidos por los proveedores de servicios de salud, significan para los sujetos la necesidad de ser reconocidos como personas.

6.3 Saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad y a la adherencia al tratamiento.

El tercer objetivo planteado en la investigación, consistió en develar los saberes de los sujetos hipertensos con relación a su enfermedad y a la adherencia al tratamiento lo cual permitió discriminar, comprender y explicar los saberes de los sujetos frente a su enfermedad y la adherencia

En cuanto a los saberes de las personas hipertensas en el estudio muestran que se han construido en el discurso médico de las complicaciones pero carece de un discurso motivador positivo sobre las prácticas de autocuidado y de espacios de discusión y reflexión que permitan interactuar, compartir sus prácticas, sus aprendizajes positivos, aprender de las prácticas de los otros, es decir espacios que propicien el diálogo de saberes.

6.4 Los significados que tiene para el sujeto la HTA y la adherencia al tratamiento.

El cuarto objetivo que se planteo en el estudio era de reconocer los significados que tiene para el sujeto la HTA y la adherencia al tratamiento; este objetivo se pretendió cumplir a través de la identificación y descripción de las experiencias, vivencias y saberes de los sujetos

Respecto a los significados que tienen de la enfermedad los sujetos en el estudio muestran que emerge de las experiencias, vivencias y saberes, de la comunicación con los profesionales de salud, con la familia, y con otras personas próximas, que implica concentrarse en los momentos en los que el ser-en-el-mundo cae como la adaptación, la pérdida de libertad y de bienestar, el cuidado de si, propio de la cotidianidad en la que transcurre la vida de estas personas en las diferentes dimensiones de la enfermedad a lo largo del tiempo y que en esta significación que le dan influyen factores como las experiencias tempranas con la enfermedad, el conocimiento sobre la misma, el grado de

cuidado, las motivaciones personales, el estado emocional, entre otros de acuerdo a las características del sujeto y al contexto en el que se desenvuelve y que para significar la enfermedad hay que preguntarse por la propia existencia, la existencia de otros y las relaciones que se establecen en la interacción diaria.

En cuanto a los significados que tienen de la adherencia al tratamiento y en voz de los propios sujetos “cumplimiento” el estudio revela que se han construido en función del tiempo, de las recomendaciones de los profesionales, de los ajustes que el sujeto hace a las mismas y de los costos y beneficios que obtiene, en cuanto toma de medicamentos, cuidados y citas que les exigió cambios en las actividades habituales de su vida cotidiana y que la significación de la adherencia continua aún con una visión parcial y reduccionista, ya que “el cumplimiento” encontrado en los propios sujetos sigue desde la perspectiva de los profesionales de la salud dejando de lado o ignorando la mirada de las personas.

6.5 Implicaciones

Los resultados del presente estudio tienen implicaciones importantes para las personas con Hipertensión arterial, para la entidad prestadora de salud, para la relación entre población-profesionales de la salud, para la salud pública y para la academia.

Para las personas Hipertensas

- Apoyar las actividades educativas, que contribuya a mejorar el conocimiento que tienen hacia la enfermedad, y la adherencia al tratamiento
- Capacitar a la persona en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad; que ella sea capaz de gestionar su propia enfermedad.
- Participar en el rediseño del servicio de salud.

Para la entidad

- Promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, la práctica de valores y principios humanísticos (dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento) para mejorar la adherencia
- El lenguaje utilizado en los programas educativos de salud, tanto de prevención de la enfermedad como de promoción de la salud, respondan a los lenguajes populares lograr empoderamiento en las personas
- Fortalecer el programa riesgo cardiovascular involucrando actividades educativas ya que es una herramienta de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad y un eje fundamental de la Atención Integral en salud

- Liderar la conformación de grupo de apoyo social, que incluya intervenciones psicoterapéuticas para el abordaje individual y familiar, mediante asesorías, apoyo y educación, para promover una mejor calidad de vida y mejorar la adherencia al tratamiento

Para la relación población-prestadores

- Propiciar una comunicación cercana, cordial y satisfactoria
- La atención por el profesional de salud debe ser desde un abordaje humanístico y holístico, para ayudar al sujeto en la adaptación ante su nueva condición de la enfermedad,

Para la salud pública en general.

- Compartir los resultados de esta investigación dentro de la misma institución incluso a otras instituciones de la ciudad, en los programas de Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad, según lo establecido en la Resolución 0412 de 2000, para que se establezcan estrategias acordes a las necesidades de los usuarios que asisten al programa de Hipertensión Arterial y otras patologías crónicas, contribuyendo a un mayor bienestar.

- Para la salud pública es una responsabilidad más allá de protocolos, cumplimiento de metas, ocuparse de las relaciones prestadores-usuarios, de la calidad de los procesos educativos instaurando mecanismos pedagógicos del tema.
- Generar un trabajo sensitivo y preventivo dirigido no sólo con un enfoque informativo de la enfermedad, sino por conocer cuáles son las necesidades colectivas y así contextualizar la vida de estos sujetos hipertensos, sin dejar de lado su historia particular. Esto implicaría una estrategia integral de atención a la salud que involucre a otros sectores como respuestas sociales.
- Los estudios cualitativos contribuyen a la salud pública por un lado abordando los discursos tanto de las personas que trabajan en el sistema sanitario, como el de las personas a las que van dirigidas sus prestaciones. Y por otro lado a estudiar la salud-enfermedad desde el punto de vista de la concepción cultural y simbólica que la población tiene de la misma; Como lo evidenciado por Conde y Pérez (1995) en este contexto de la salud pública es donde cobra su sentido la investigación cualitativa para recuperar el campo de la palabra y del lenguaje, de la conciencia y de la voluntad, silenciadas en los otros abordajes. Para recuperar la noción de la salud como una cuestión simbólico-cultural con sentido por sí misma y no sólo como resultado de actuaciones (72).

Para la academia y la docencia

- Incentivar a los estudiantes de pregrado y posgrado para la realización de investigaciones de tipo cualitativo, con el propósito de identificar oportunamente las necesidades de grupo poblacionales, lo cual redundará en el fortalecimiento de la escuela de salud pública.
- Orientar la respuesta social a los problemas de la salud de las personas, requiere comprender el fenómeno no solamente contabilizándolo sino comprendiendo el fenómeno y las interacciones de los servicios con las personas.
- Se avanza de lo descriptivo, hacia lo comprensivo y explicativo

6.6 Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones

El presente trabajo de investigación permitió un acercamiento a los significados relacionados con la enfermedad y la adherencia al tratamiento, pero también se es consciente de sus limitaciones entre las que destaca:

Para el estudio, si bien hubo un acercamiento con cierta facilidad a la población, la entidad no facilitó a tiempo la información correspondiente de los

sujetos para seleccionarlos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda, por tanto, para próximos estudios se tenga un acceso de la información de una manera más rápida y oportuna para no interferir en el desarrollo de la investigación.

La información entregada por la entidad no contenía las edades de las personas, lo que limitó que los informantes fueran heterogéneos, siendo los sujetos participantes del estudio mayores de sesenta (60) años de edad, ya que no se logró contactar personas menores de esta edad.

Por otra parte hay que resaltar que al ser los sujetos hipertensos una muestra importante para el estudio, sería necesario realizar estudios adicionales a nivel de los profesionales de la salud y la familia. La recopilación de los relatos en personas distintas al sujeto hipertenso de forma simultanea, representa otra alternativa que puede ofrecer resultados cualitativos prometedores

Se sugiere la utilización y ampliación de los resultados de este estudio en posteriores investigaciones, que se dirijan a profundizar significados y sentidos a partir de las experiencias, vivencias y saberes de las personas y la familia al padecer una ECNT. Esto permitirá identificar oportunamente las dimensiones afectadas, para reducir el impacto de la enfermedad en la dimensión psicológica y social.

Para finalizar, la comprensión de sus significados frente a su enfermedad (HTA) y control supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichas estrategias deben estar encaminadas en lo fundamental a la educación del sujeto hipertenso y su familia, que es considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento, que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese la persona.

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) Organización Mundial de Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
- (2) Revista Colombiana De Cardiología. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Febrero 2007 Volumen 13 Suplemento 1
- (3) Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care. 1999; 1:97-106.
- (4) Martín Alfonso, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública v.32 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006
- (5) Ginarte A. Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana med gen integr 2001;17(5):502-5. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.pdf
- (6) Estrada D, Jiménez L, Pujol E, De la Sierra A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular. Hospital Clínic., Barcelona, España, 2003
- (7) Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004. Revista Colombiana de Cardiología Vol. 16 No. 4. 2009.
- (8) Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano Vol 28–Nº 5-2004. Disponible en:

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf

- (9) Acosta G. M, Debs P. G, De La Noval G. R, Dueñas H. A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica Rev. Cubana Enfermería 2005.
- (10) Granados G. G, Roales-Nieto JG. International Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento Universidad de Almería, España Journal of Psychology and PsychologicalTherapy. 2007
- (11) Holguín, L, Correa, D, Arrivillaga, M, Cáceres, D, Varela, M. Adherencia Al Tratamiento De Hipertensión Arterial: Efectividad De Un Programa De Intervención Biopsicosocial. Pontificia Universidad Javeriana, Cali. 2006
- (12) Soria Trujano, R, Vega Valero, CZ, Nava Quiroz, C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern. psicol. [online]. 2009, vol.14, n.20, pp. 89-103. ISSN 1405-339X.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. Atención de Salud para Condiciones Crónicas. Cuidado Innovador para las condiciones Crónicas. Disponible en:
www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc_spanish.pdf
- (14) Muñoz, LA, Price Y, Gambini L, Costa SM. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas Rev. Esc. Enferm. USP 2003; 37(4):77-84.

- (15) Barón C. MM, Soto Ch. M, Tobo M. N. Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad Revista Cultura del Cuidado. Volumen 8, No 2 diciembre de 2011. Disponible en:
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3926978.pdf
- (16) Gómez Peñaloza SA. 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. Universidad del Valle. Facultad de ciencias sociales y económicas. Programa académico de maestría en sociología. Santiago de Cali. 2010
- (17) Cruz Mora D. Salud–enfermedad y significaciones: una relación por explorar. El caso de la Diabetes Mellitus tipo dos. Facultad de humanidades. Escuela de trabajo social y desarrollo humano. Santiago de Cali. 2012
- (18) Arcila Mendoza PA., Mendoza Ramos YL., y Jaramillo JM. Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia Divers.: Perspect. Psicol. ISSN: 1794-9998 Vol. 6 No 1. 2010. pp. 37 – 49. Disponible en:
http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_10/vol.6no.1/articulo_3.pdf
- (19) Ballesteros de Valderrama, BP. El concepto de significado desde el análisis del comportamiento y otras perspectivas. Univ. Psychol. [online]. 2005, vol.4, n.2 [citado 2013-08-19], pp. 231-244. Disponible en:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672005000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1657-9267.
- (20) Vera Noriega, JA, Pimentel CE, Batista de Albuquerque FJ. Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. Ra Ximhai, vol. 1. Numero 003. Universidad Autónoma Indígena de México. 2005. Pp. 439-451. Disponible en:
<http://www.ejournal.unam.mx/rxm/vol01-03/RXM001000301.pdf>
- (21) El interaccionismo simbólico. Disponible en:
<http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1K6XH9QJQ-1HB851T-2M6>
- (22) Blumer, H. El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Capítulo 1 La Posición metodológica del interaccionismo simbólico, Pp. 1-44. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37180510/Blumer-Herbert-El-interaccionismo-simbolico-perspectiva-y-metodo-pp-1-76>
- (23) Calvario Parra, E. Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico. Universidad de Sonora. (2006). Disponible en:
<http://www.sociologia.uson.mx/docs/publicaciones/cuadernodetrabajo/5sobrelaenfermedad.pdf>
- (24) Ritzer, G. Teoría Sociológica Contemporánea; México: McGraw-Hill. 1993.
- (25) Shutz, A. El Problema de la Realidad Social; Buenos Aires: Amorrortu. 1995.
- (26) Berger, PL. y Luckmann, T. La Construcción Social de la Realidad; Buenos Aires: Amorrortu. 1984.

- (27) Berger, PL. y Luckmann, T. Modernidad, Pluralismo y Crisis de Sentido; Madrid: Paidós. 1997.
- (28) Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva. 2010;6(3):251-261.
- (29) Universidad Nacional. Facultad de Enfermería. El Cuidado del Cuidador de Personas que Viven Situación de Enfermedad Crónica. Grupo cuidado al paciente crónico 2011. Disponible en:
http://www.gcronico.unal.edu.co/linea_investigacion.php
- (30) Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Disponible en:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
- (31) Maté, M. d. C. O., González, L. S., Trigueros, L. M. Á. (2010, 24 de noviembre). 14.2 Concepto de adherencia al Tratamiento. Consultado el 14 de noviembre 2011, a partir de OCW Universidad de Cantabria. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.2-concepto-de-adherencia-al-tratamiento>
- (32) Libertad de los A. MA. Adherencia al Tratamiento en Hipertensos de áreas de Salud del nivel primario.2003-2007 Tesis para optar por el Grado Científico de Doctora en Ciencias de la Salud.. La Habana, 2009
- (33) Estrada DA Hacia una fenomenología de la enfermedad latreia v.25 n.3 Medellín jul./sep. 2012 artículo de reflexión versión impresa ISSN 0121-0793. Disponible en:
www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a11.pdf

- (34) Eslava AD, Puntel de AM. Salud y enfermedad Expresión grafica de ideas en estudiantes de pregrado en enfermería. Investeducenferm 2005 23(2): 70-81
- (35) Ledón Llanes, L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. 2010. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_37_04_11/spu13411.htm
- (36) Ripari, NV, Moscoso, NS; Elorza, ME. Costos de enfermedades: Una revisión crítica de las metodologías de estimación Lecturas de Economía, núm. 77, julio-diciembre, 2012, pp. 253-282 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155226077008>
- (37) Garcia Reza, C, Medina Castro, ME, Solano Solano G., Gomez Torres D, Gómez Martínez V. El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol.14, n.1, pp. 33-38. ISSN 1414-8145
- (38) Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997 Yakarta, República de Indonesia
- (39) Sistema de Información del Desarrollo Social. Modulo I Documento de apoyo para participantes.
www.sideso.df.gob.mx/documentos/apoyo_capacitacion.pdf
- (40) Soto Ramírez J. Sentido común y vida cotidiana. Departamento de sociología de la UAM-Iztapalapa. 2008. Casa del Tiempo vol 1 epoca IV Núm. 9. Disponible en:

f

- (41) Mercado M FJ, Hernández IE. Chronic illness from the perspective of patients and health professionals: a qualitative study in Mexico. *CadSaude Publica* 2007 set; 3(9):2178-86.
- (42) Gaviria AM, Vinaccia S, Quiceno JM, Taborda M, Ruiz N, Francis LJ. Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Diversitas* [online]. 2009, vol.5, n.1, pp. 37-46. ISSN 1794-9998.
- (43) Determinantes sociales de la salud: Los hechos irrefutables. Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot *Política de Salud para Todos (HealthforAll) en Europa: Objetivo 14 – Entornos para la promoción de la salud*
- (44) Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: *Fundamentos de salud pública tomo II Administración De la salud pública.*, 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo. Medellín, 2003.
- (45) Hovards J. Strauss A., *Humanizing Health Care*; Nueva York 1997.
- (46) Peña-Viveros R, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública México* 2004; 46:210-215.
- (47) Ayala Ramírez C. Humanizar los servicios de salud. ALAI, América Latina en Movimiento. 2012-07-17. El Salvador. Disponible en: <http://alainet.org/active/56565>

- (48) Quintero, DII. Propuestas para humanización de la salud: Cuestión de dignidad. Medellín, Colombia, Suramérica año 5 no 63 diciembre del año 2003. ISSN 0124-4388. www.periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-15.htm
- (49) Bermejo. JC ¿Qué es humanizar la salud? 2003. www.cbioetica.org/revista/42/422800.pdf
- (50) Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 2004;14(1):75.
- (51) Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. *Biblioteca Las casas*, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>
- (52) Ledon Llanes, L. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2011, vol.37, n.3, pp. 324-337. ISSN 0864-3466.
- (53) Depaux Vega, R, Donoso Valenzuela N. Capítulo I modelo de atención integral y humanizada en salud. Ministerio de salud Dpto. Atención Primaria. Ministerio de Salud Unidad de Participación Social. Subsecretaría de Redes Asistenciales. www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclo vital/saludreproductiva.pdf
- (54) Colombia. Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, artículo 3

- (55) Colombia. Ministerio de la Protección Social resolución 1446 de 2006 , Anexo Técnico
- (56) Redondo Escalante, P. Introducción a la Educación para la Salud. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 2004 www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf
- (57) Espinosa Cortés, LM, Ysunza Ogazón, A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. 2009
- (58) Restrepo Ochoa, DA. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. Universidad CES. Revista CES Salud Pública ISSN 2145-9932 Volumen 3, Número 1, Enero-Junio 2012, pág. 1-3
- (59) Silberman P, Ruggero, S, Perruza F, Lopez S, Polla V, Speronia S, et al. Saberes previos y adherencia terapéutica en hipertensión. Departamento de salud familiar y comunitaria, centro de salud "Leonor Capelli" Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina.
- (60) Lanz C. El cuidado de sí y del otro en lo educativo Utopía y Praxis Latinoamericana, vol. 17, núm. 56, enero-marzo, 2012, pp. 39-46, Universidad del Zulia Venezuela Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27921998005>
- (61) Foucault M. Hermenéutica del sujeto. Madrid, Fondo de Cultura Económica. 2002.
- (62) Gadamer H. La educación es educarse. Barcelona, Paidós, p. 11. 2000.

- (63) Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. Invest. educ. enferm. 2006; (24)2: 136-142.
- (64) Quevedo E. La cultura desde la medicina social. en: Pinzón C Suarez R, Garay G. (Comp.). Cultura y salud en la construcción de la Américas. Bogotá: Zeus Asesores, 1993.
- (65) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación;1986. www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf
- (66) López-Acuña et al. La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de salud: Componente decisivo de las reformas del sector de la salud. 5.a Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 5-9 de junio, México. 2000
- (67) Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, promovida por la WorldHealthOrganization, en Nairobi (Kenya). 2009.
- (68) Haro JA. Los saberes populares tienen un enorme valor. En: Hospital provincial Mariano y Luciano de la Vega.10/05/2011.
- (69) Bustos Ibarra C. Reflexiones y desafíos sobre el uso de la noción de estilos de vida en el campo de la salud. VIII Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria. Talcahuano, Noviembre 2011 Facultad Ciencias Sociales Universidad de Concepción-Chile

- (70) Granda E. A que llamamos salud colectiva, hoy? Revista cubana de salud publica. Vol. 30 No 002. Sociedad cubana de Administración de salud. La habana, Cuba. 2004.
- www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf
- (71) Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva, Lanús, v. 6, n. 1, abr. 2010. Disponible en:
- http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso. accedido en 21 jun. 2013.
- (72) Conde F, Pérez C. La investigación cualitativa en salud pública. RevEsp Salud Pública 1995; 69: 145-149 No. 2. Disponible en:
- www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.../69_2_145.pdf

8. ANEXOS

Anexo No 1. Consentimiento Informado

Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

“Declaración escrita de consentimiento para hombres y mujeres que participen como voluntarios en el estudio: Significados relacionados con la enfermedad y la adherencia al tratamiento en sujetos con HTA afiliados a una EPS de la ciudad de Cali”.

Lugar de desarrollo del estudio: Instalaciones de la EPS donde se desarrolla el programa Riesgo Cardiovascular

Investigadora principal: Ceila Galeano Bautista

Nombre del voluntario: _____ *Código:* _____
Género _____

Estimado participante

Se invita de la manera mas comedida a participar en una investigación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle. La misma trata sobre *las vivencias y experiencias relacionadas con la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial afiliadas a la EPS-Comfenalco de la ciudad de Cali.*

El objetivo del estudio es *Comprender las vivencias y experiencias que ha tenido con la hipertensión arterial y el cumplimiento al tratamiento para realizar mejoras al programa riesgo cardiovascular al cual usted asiste.* Por tanto, Usted ha sido seleccionado para colaborar en esta investigación la cual consiste en *participar en varias conversaciones a nivel individual y grupal que le tomará aproximadamente 60 minutos y en distintos espacios que pueden ser las instalaciones de la EPS o su residencia previo acuerdo.* Puede participar solamente en las conversaciones que así desee.

En las distintas conversaciones se trataran algunos aspectos tales como el manejo que usted le da a la hipertensión arterial, lo que hace cuando tiene una crisis, como se siente desde el momento en que le dijeron que sufría de hipertensión arterial, como sigue las recomendaciones dadas por el medico y/o la enfermera, el apoyo que recibe de la familia y de sus amigos, las modificaciones ha hecho en su vida desde que le diagnosticaron hipertensión arterial, estos y otros aspectos se trataran en las distintas conversaciones relacionadas con su vida cotidiana y la hipertensión arterial.

Las conversaciones serán grabadas de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Con el fin de proteger su privacidad, sus respuestas a las entrevistas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Se reportará los resultados de tal forma que no se dará a conocer su identidad. Una

vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se borrarán. Los resultados del estudio se utilizarán en posteriores investigaciones.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo *estricta confidencialidad* y su nombre no será utilizado. Tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio conlleva un riesgo mínimo para los participantes dado que en las entrevistas se abordarán aspectos relacionados con su vida cotidiana y que pueden ser sensibles para usted. En el caso de presentarse algún riesgo psicoemocional, la investigadora lo manejará desde su disciplina de formación que es la psicología, abordando aquello que lo sensibilizó.

No recibirá ningún beneficio económico, pero su aporte a este estudio permitirá realizar mejoras al programa Riesgo cardiovascular. Los resultados grupales estarán disponibles en el departamento de documentación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, comunicarse conmigo al 3114890168 o con mi directora de investigación Constanza Díaz Grajales al 5570425 ext. 123 en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle.

Preguntas o dudas sobre los derechos como participante en este estudio, pueden ser dirigidas al 5185677 de la Universidad del Valle, Escuela de Salud Pública, Comité de ética con Laura Elvira Piedrahita S. Presidenta del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Ceila Galeano Bautista.
Investigadora principal

“Yo,..... He leído el presente documento y he tenido suficiente tiempo para considerar mi decisión de participar en este estudio. He presentado todas mis preguntas y han sido resueltas a mi satisfacción. El personal científico me ha explicado los procedimientos así como los beneficios y riesgos de mi participación en el estudio. Entiendo que si decido retirarme del estudio, puedo hacerlo sin perder mis derechos. Autorizo en este documento que mis conversaciones con la investigadora sean grabadas y que sus resultados sean utilizados para otros estudios. He recibido copia de este formato. Por el presente documento acepto participar voluntariamente en este estudio.

Lugar y fecha:

Nombre del voluntario:	cédula:
Firma:	

Nombre del Investigador:	cédula:
Firma:	

Nombre del primer testigo:	cédula:
Firma:	

Nombre del segundo testigo:	cédula:
Firma:	

Anexo No 2. Tópicos para las Entrevistas semiestructuradas

Tópicos Para las Entrevistas a Profundidad

Vivencias de los sujetos hipertensos

- *Conocimientos adquiridos frente a determinada(s) situación(es) en su vida cotidiana relacionada(s) con su enfermedad y la adherencia al tratamiento en función de experiencias anteriores.*
 - Las experiencias con que cuenta frente a la HTA
 - Manejo de la HTA
 - Interpretación de lo que escucha sobre la HTA y su control
 - Medidas en caso de tener una crisis antes o después del control
- *Sentimientos experimentados por el sujeto respecto a la HTA y su control*
 - Ante qué situación(es) Necesidades más allá de lo físico
 - Situaciones socioafectivas vividas frente a la HTA
 - Control de las emociones
- *Medios económicos para llevar a cabo recomendaciones*

Significados que tiene para el sujeto la HTA y su control

- *Experiencias que surgen de las relaciones con el ambiente natural y social*
 - Comportamientos de la familia y amigos frente a la HTA y su tratamiento
 - Comprensión de la realidad de la vida cotidiana de los sujetos hipertensos por parte de la familia
 - Apoyo de la familia en el control de la enfermedad
 - El rol de la familia durante las sesiones del programa ofrecido por la EPS
- *Nuevos comportamientos y acciones de los sujetos frente a su enfermedad y control.*
 - Modificaciones en el estilo de vida desde el Dx de la enfermedad (indagar sobre alimentación, ejercicio, estrés,...)
 - Rol del sujeto con HTA
- *Identidad, estabilidad y cohesión social frente a su enfermedad control y adherencia.*
- *Creencias y reglas sociales*
- *Incertidumbre sobre las limitaciones en el futuro*

Anexo No 3. Carta de Aprobación del comité científico de la EPS



Santiago de Cali, Abril 30 de 2012.

Doctora
MARIA CEILA GALEANO
Investigadora Proyecto
Carrera 94 34-55
Apartamento 203 A
Balcones del Lili
Santiago de Cali,

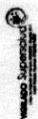
43F A1- CL5105

Asunto: Aprobación de proyecto "SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS CON HIPERTENSION ARTERIAL AFILIADOS A UNA EPS DE CALI, 2012".

Cordial Saludo:

Luego de analizar la documentación del proyecto en referencia, escuchar la presentación de la misma el 21 de marzo del 2012 en el Comité de ética en Investigación clínica de Comfenalco Valle, y habiendo cumplido las especificaciones que garantizan la seguridad clínica de los sujetos, APRUEBA el proyecto descrito. Este proyecto aplica para su implementación en el servicio ambulatorio de la sede centro de la Clínica Comfenalco Valle.

Esta información será entregada directamente a la Gerente de Servicios ambulatorios Dra. Myriam Marcela Ruiz para la implementación del proyecto. Una vez iniciado el proyecto solicitamos que se envíe al tercer mes un informe ejecutivo del mismo y luego cada 6 meses, con copia a la Dra. Ruiz.

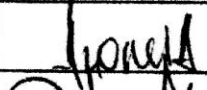
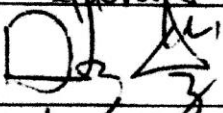
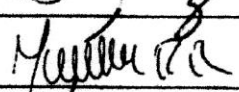
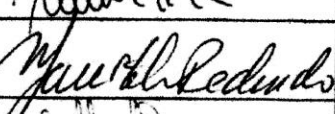
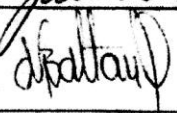


CALI: Caja de Compensación y EPS Calle 5 No. 6 - 63 Conmutador: 886 2727. **PALMIRA:** Caja de Compensación y EPS Calle 31 No. 29 - 54 Teléfono: 275 5160. **Sede Educación y Cultura** Calle 31 No. 31 - 37 Teléfonos: 270 4747 - 270 4807. **EPS** Calle 27 No. 29 - 84 Teléfono: 281 7104. **Serinsa** Carrera 30 No. 27 - 20 Teléfonos: 281 2351 - 270 2964. **YUMBO:** EPS Carrera 4 No. 11 - 38 Teléfonos: 669 4420 - 669 9269. **BUGA:** Caja de Compensación y EPS Calle 7 No. 11 - 27 Conmutador: 237 5600 Sede Educación y Cultura Calle 7 No. 11 - 56 Teléfonos: 228 7121 - 237 5636. **TULUA:** Caja de Compensación y Servicios Financieros Carrera 31 No. 26 - 36 Local 102 - 103 Centro Empresarial Madeira Plaza Teléfono 226 2656 **EPS** Calle 26 No. 34 - 11 Teléfonos: 226 2608 - 226 2559. **CARTAGO:** Caja de Compensación Carrera 4 No. 12 - 75 Local 2 Teléfonos: 214 4053 - 214 4054 - 55. **Servicios Financieros y Vivienda** Teléfonos: 214 2020 - 214 4056. **Sede Educación y Cultura** Calle 13 No. 1 - 51 Teléfono 214 4057 **EPS** Calle 8 No. 4 - 102 Teléfonos: 214 4050 - 214 4051 - 214 4052. **JAMUNDÍ:** EPS Calle 10 No. 9 - 27 Teléfonos: 516 4655 - 559 9668. **SANTANDER DE QUILICHAO:** EPS Carrera 8A No. 2 - 46 Teléfonos: 829 4260. **POPAYÁN:** EPS Av. Panamericana No. 6N - 11 Teléfonos: 823 4627 - 823 4614. **BUENAVENTURA:** Caja de Compensación Calle 4A No. 4 - 28 Teléfonos: 240 3000 - 240 3308 Fax: 240 3000 Ext. 160. **IPS** Carrera 4A No. 3 - 33 Teléfono: 242 2165. **CIS** Carrera 66 No. 4 - 40 Teléfono: 244 5457.

Doctora:
Maria Ceila Galeano

2

Asistentes al Comité:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
ALVARO ALOMIA	Jefe de Auditoria Clínica y Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Comfenalco Valle	
RAMIRO ANTONIO GUEVARA	Jefe Urgencias	
MERLY RODRIGUEZ	Auxiliar de enfermería	
JANETH REDONDO	Vicepresidente Comité de Usuarios	
NANCY BALTAN	Enfermera Coordinadora Promocion y Prevención	

Agradecemos el haber tenido en cuenta nuestra Institución para dicho proyecto.

Atentamente,


ALVARO ALOMIA ARCE
Jefe auditoria Clínica IPS
Presidente del Comité de Ética
En Investigación de Comfenalco Valle.

Constanza Ospina P.

2

Anexo No 4. Carta de Aprobación del Comité de ética Universidad del Valle

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 09-012

Proyecto: **SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS CON HTA AFILIADOS A UNA EPS DE CALI, 2012**

Sometido por: **CONSTANZA DIAZ/MARIA CEILA GALEANO**

Código Interno: **074-012** Fecha en que fue sometido: **09** **04** **2012**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Fecha:

14 06 2012

Nombre:

LAURA E. PIEDRAHITA S.

Capacidad representativa:

PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Fecha:

14 06 2012

Nombre:

HERNAN J. PIMENTA J.

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680

Anexo No 5. Categorización

TABLA No 2 CATEGORIZACION (Categorías y subcategorías)

SIGNIFICADOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SUJETOS CON HTA AFILIADOS A UNA EPS DE CALI, 2012					
1.EXPERIENCIA		2.VIVENCIA	3.CONOCIMIENTO	4.SIGNIFICADOS	
1.CAMBIÓ MI SALUD	2.APARECIÓ DE UN MOMENTO A OTRO	1.ACTIVIDAD INCORPORADA A MI RUTINA DIARIA	1. LA ENFERMEDAD Y SUS CONSECUENCIAS	2. FUENTES DE LOS CONOCIMIENTOS	1.PERDIDA DE BIENESTAR
3. CONVIVO CON LA ENFERMEDAD		2.CULPA, PESAR Y PREOCUPACIÓN, RABIA, TEMOR Y ANSIEDAD			2.PUÑALADA TRAPERA
4. LO HEREDÉ	5. LOS PROBLEMAS ECONOMICOS Y/O FAMILIARES ME SUBEN LA PRESIÓN. 5.EL ESTRÉS AUMENTA LA PRESIÓN	3.LA PERDIDA DE LIBERTAD. EN DIFERENTES DIMENSIONES	3. EL TRATAMIENTO		3.ACEPTACION O RESIGNACION DE LA ENFERMEDAD
6. LIMITA MIS ACTIVIDADES COTIDIANAS					4.DE TAL PALO TAL ASTILLA
7.CONTROLO LA ENFERMEDAD Y ME CUIDO CONTINUAMENTE	4.LA PRESIÓN SUBE Y BAJA COMO UN YO-YO. / AUMENTO DE MEDICACION	5 CUIDADO DE SI			6.ESCLAVITUD
	6.SATISFACCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD E INCONFORMIDAD CON ALGUNOS COMPONENTES DEL SERVICIO				
	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA, EL CONTROL MISMO Y DISTINTAS AL CONTROL.	7.APOYO SOCIAL O AISLAMIENTO SOCIAL / .SENTIRME SOLO, SUBVALORADO, NO ESCUCHADO, NO ME DAN UN LUGAR			8.DEPENDENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
8. PREOCUPACIÓN Y/O AUSENCIA DE LOS FAMILIARES					9.NECESIDAD DE SER RECONOCIDO
9. REACCIONO DE TIPO EMOCIONAL Y SENTIMENTAL					10. BENEFICIOS DE SER ADHERENTE.
10.NO SOY RECONOCIDO					11. SEGUIMIENTO DE LA NORMA, RECOMENDACIONES.
					12. COSTOS SOCIALES DE SER ADHERENTE