



**Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología**

**ADHERENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS AL TRATAMIENTO MÉDICO:  
PROPUESTA DE ESTILOS RELACIONALES PARA MÉDICOS TRATANTES,  
DESDE LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE, QUE FAVOREZCAN SU  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

**ALUMNOS:**

LIC. CAMILA CASTILLO CAVIEDES

LIC. SERGIO PADILLA GARRIDO

**PROFESORA PATROCINANTE:**

DRA. LAURA MONCADA ARROYO

**PROFESIONAL COLABORADOR:**

DR. PABLO HERRERA SALINAS

**Santiago, 2013**

## INDICE

Resumen .....	2
Planteamiento del problema .....	3
Marco Referencial.....	6
Enfermedades crónicas (EC): prevalencia, tratamiento y prevención .....	6
Hipertensión Arterial en el Mundo y en Chile.....	9
Adherencia a tratamientos médicos .....	11
Adherencia en Pacientes Hipertensos.....	13
Teorías Narrativas.....	17
Teorías Subjetivas (TS).....	20
Teorías y elementos del cambio en la adherencia terapéutica .....	22
Relación médico paciente .....	27
Metodología.....	33
Pregunta de investigación .....	33
Objetivos de la Investigación.....	33
Objetivo General.....	33
Objetivos Específicos.....	33
Tipo y diseño de investigación .....	34
Descripción de muestra.....	35
Instrumento de recolección de datos.....	35
Técnica de análisis de datos .....	36
Presentación de resultados.....	38
Propuesta de Estilos Relacionales para médicos, en la promoción de la adherencia terapéutica, desde las teorías subjetivas de pacientes con HTA .....	39
Discusión, Conclusiones y Proyecciones .....	54
Referencias .....	66

## Resumen

Las enfermedades crónicas (EC), como la diabetes, el cáncer, o la hipertensión arterial (HTA) son hoy por hoy las principales causas de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). De manera particular, la HTA consiste en el diagnóstico más frecuente en América, mientras que en nuestro país afecta a más de un cuarto de la población, convirtiéndose en una de las patologías de mayor importancia para el cuidado de la salud (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [MINSAL] 2009-2010). Esto ha llevado a la necesidad de generar nuevos planes de detección, prevención y tratamiento de la enfermedad, los cuales han demostrado ser muy efectivos, pero que continúan mostrando altas tasas de deserción. Debido a la baja adherencia a los tratamientos, menos del 25% de las personas diagnosticadas logra controlar adecuadamente su presión arterial (MINSAL, 2010).

Con motivo de entender la no adherencia terapéutica, muchos estudios han investigado los factores que la configuran, concluyendo que son variados y complejos a la vez (OMS, 2004). A la par, muchos modelos han sido creados para abordarla, pero pocos han incluido al paciente como un factor primordial en la intervención del fenómeno (Herrera, 2010). Dado este panorama, la presente Memoria para optar al Título de Psicólogo enfatiza en la necesidad de la personalización de las prescripciones médicas y de la importancia de la relación médico-paciente, mediante la propuesta de ciertos estilos relacionales que los médicos tratantes podrían adoptar para mejorar la adherencia, delineados como acoples interaccionales complementarios a las distintas motivaciones que los sujetos diagnosticados con HTA dicen tener sobre adherir o no a sus tratamientos médicos, representadas en voces pro y anti adherencia.

## Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (2013) denomina las enfermedades crónicas (EC) como todas aquellas afecciones o dolencias de larga duración que conllevan una lenta pero sostenida progresión de su cuadro. Dentro de este tipo de enfermedades, existen cuatro principales: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, y la diabetes. Éstas, según el fenómeno de transición epidemiológica observado en las últimas décadas, han llegado a convertirse en una verdadera pandemia (MINSAL, 2011).

Dada su naturaleza prevalente y progresiva, estas afecciones son actualmente la principal causa de mortalidad en el mundo: en 2008, se contabilizaron un total de 57 millones de defunciones, de las cuales 36 millones (63%) fueron a causa de una enfermedad crónica (OMS, 2013).

De manera particular, la Hipertensión Arterial (HTA) como enfermedad crónica, resulta ser el diagnóstico más frecuente en América, con cerca de 35 millones de visitas en consulta como diagnóstico primario, de acuerdo al Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (National Institute of Health [NIH], 2003). Si bien esta patología es descrita como asintomática, existe una correlación positiva entre ella y el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular (ECV), lo que en rigor constata que ambas enfermedades, al asociarse, son la principal causa de muerte en el mundo, atribuyéndoseles el 30% de las defunciones anuales, mientras que el 16,5% de las muertes se debe directa y específicamente a la HTA. Así, esta enfermedad se convierte en uno de los cuadros de mayor importancia para el cuidado de la salud mundial, provocando la necesidad de generar planes efectivos de detección y prevención temprana en Atención Primaria (OMS, 2011).

En Chile, la HTA afecta aproximadamente al 26,9% de la población, según los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (MINSAL 2009-2010),

sin tomar en cuenta todos aquellos casos que no han sido diagnosticados al ser ésta una enfermedad “silente”.

Desde el tratamiento de esta enfermedad, la terapia antihipertensiva, que se enfoca mayoritariamente en la toma de fármacos y el cambio en los hábitos de vida, ha comprobado ser efectiva en reducir las posibilidades de tener una ECV, llegando a evitar una muerte por cada 9 pacientes (NIH, 2003). Respecto a la prevención, existen evidencias que demuestran que centrarse en el tratamiento precoz de las ECV conduce a un descenso de las tasas de mortalidad. De manera complementaria, la combinación de intervenciones individuales e intervenciones poblacionales puede reproducir este éxito en muchos más países al privilegiar iniciativas costo-efectivas que se consoliden en los sistemas sanitarios generales (OMS, 2011).

Sin embargo, a pesar de que un tratamiento efectivo puede disminuir de manera significativa la morbilidad y mortalidad cardiovascular (NIH, 2003), menos del 25% de las personas logra controlar adecuadamente su presión arterial, siendo la baja adherencia a los tratamientos la principal causa (OMS, 2004). Sumado a esto, se ha visto que cerca de la mitad de los pacientes que inician un nuevo tratamiento lo modifican o abandonan el mismo año de realizado el diagnóstico (MINSAL, 2010). Esta situación ha generado elevadas inversiones en salud pública al tener que hacerse responsable de las enfermedades asociadas a esta patología, lo cual es de consideración tomando en cuenta que esta enfermedad se encuentra en mayor escala en países medios y bajos.

Con motivo de la baja adherencia que existe entre los pacientes con hipertensión arterial, se han realizado investigaciones que buscan comprender de manera más acabada los factores que inciden en la decisión del paciente a seguir un tratamiento, llegando muchos de ellos a la conclusión de que las variables resultan ser múltiples y a la vez complejas (OMS, 2004).

Uno de los factores de incidencia en la adherencia positiva a la terapia antihipertensiva es la relación que el paciente establece con el equipo médico a cargo del tratamiento. Actualmente se tiene conocimiento que la actitud de los pacientes se

encuentra motivada por creencias y experiencias previas respecto a la enfermedad, junto con la actitud que toma el médico tratante al momento de entregarle la prescripción médica (NIH, 2003). En este sentido, se hace patente la necesidad de que médico y paciente generen estrategias en conjunto que consideren las facilidades y dificultades que se le puedan presentar al paciente en dicho proceso, ya que la no adherencia aumenta debido al

[...] desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad, por desconocimiento de los síntomas o percepción de los fármacos como símbolos de salud-enfermedad, por falta de implicación del paciente en el plan de atención o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación (NIH, 2003 p. 19).

Es decir, la no adherencia aumentaría por la implicancia de aspectos complejos que escapan al análisis superficial de una u otra conducta observable.

Habiendo presentado la HTA como un problema sanitario mundial, pasando luego por las formas en las que se aborda su tratamiento tanto internacional como nacionalmente, es que nace la necesidad de promover un abordaje de la adherencia en tratamientos médicos que sea personalizada y no estandarizada, con el propósito de mejorar el tratamiento de pacientes con esta patología y por consiguiente bajar las tasas de deserción de dicho tratamiento.

Dado lo anterior, la pregunta que surge es: ¿Cuáles son los estilos relacionales que el equipo tratante podría adoptar, para acoplarse a las subjetividades de los pacientes con HTA, condensadas en voces pro y anti adherencia, en la búsqueda de una interacción relacional que propicie o se aproxime a la mejora en la adherencia a su tratamiento médico?, y en este sentido, ¿Cuáles son las voces pro y anti adherencia que estas personas diagnosticadas con HTA tienen respecto de su enfermedad y el tratamiento al cual se enfrentan?

## **Marco Referencial**

A continuación se realizará un acercamiento a lo que son las enfermedades crónicas y cuáles son sus consecuencias sanitarias a nivel mundial, con el propósito de comprender qué es la hipertensión arterial, y de qué manera se aborda en la actualidad en relación a la adherencia al tratamiento.

### **Enfermedades crónicas (EC): prevalencia, tratamiento y prevención**

La Organización Mundial de la Salud (2004) define EC como aquellas enfermedades que poseen una o varias de las siguientes características: “son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención” (p.4).

Hace un par de décadas, estas patologías limitaban su presencia a países industrializados o desarrollados, pero con el paso de los años han ido incrementando su prevalencia en todo el planeta, especialmente en los países subdesarrollados, llegando a representar cerca del 80% de las defunciones de los países de ingresos bajos y medios y posicionándose actualmente como la principal causa de mortalidad en el mundo (Disease Control Priorities Project, 2006). En la misma línea, casi el 30% del total de las defunciones por EC corresponde a muerte prematura, es decir, que ocurre antes de los 60 años de edad (OMS, 2011).

Dado lo anterior, las proyecciones respecto a la magnitud del problema son desalentadoras. La OMS (2011) estima que la mortalidad por EC aumentará en un 17% en 10 años, debiéndose la mayor parte de este incremento a su proliferación en los países en desarrollo, mientras que para el año 2030, las EC serán responsables del 69% de la carga patológica del planeta (MINSAL, 2011).

Desde la perspectiva del tratamiento y la prevención, existe un énfasis en los factores comportamentales, puesto que ciertas conductas o hábitos de vida conformarían

el grupo de “factores de riesgo” involucrados en la aparición de las EC y también en su agravamiento. (MINSAL, 2011). Dichos factores de riesgo son el uso nocivo de alcohol, el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física, hábitos que se han “afianzado de forma generalizada en el mundo, como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI” (OMS, 2011 p.6).

Ahora bien, a pesar de la vital importancia de los “factores de riesgo”, las enfermedades crónicas no son simplemente padecimientos que se adquieran por la práctica de cierto estilo de vida personal, puesto que en rigor, la etiología de las EC es de carácter multifactorial, compuesta por elementos ambientales, comportamentales, genéticos, demográficos, socioeconómicos y culturales, todos importantes tanto por su efecto particular como por el efecto potenciador que generan en conjunto. En este sentido, resulta un obstáculo el entendimiento de las EC como un problema atribuible sólo a conductas individuales nocivas, puesto que de esta manera se tiende a culpabilizar exclusivamente al paciente, obviando así la incidencia de circunstancias socioeconómicas y políticas que resultan igualmente perjudiciales en la prevalencia de las EC (OMS, 2011).

En esta línea, la epidemia de las EC se ve hoy potenciada por factores que afectan a todas las regiones del mundo y que son denominados como los efectos negativos de la globalización: el envejecimiento demográfico, la urbanización rápida no planificada y la mundialización de modos de vida perjudiciales para la salud (OMS, 2011).

Así, los componentes de la proliferación de las EC serían básicamente dos: un componente micro social, en el que se encuentran los hábitos de vida individuales de los sujetos, que aumentan las probabilidades de padecer una EC, y un componente macro social, que incluye factores económicos y políticos.

En tanto efectos, desde una perspectiva micro social, las EC inciden fuertemente en la calidad de vida de los individuos, no solamente por el deterioro orgánico que generan que puede ser progresivo y fatal, sino también por sus implicancias secundarias como los largos períodos de tratamientos médicos requeridos, algunos de los cuales pueden alcanzar altos costos, y que a su vez pueden ser meramente paliativos o no alcanzar mayor efectividad (Facchini, 2004).

Por otro lado, en un análisis macro social, las EC inciden fuertemente en el ámbito económico, por los altos costos asociados en tanto uso de recursos estatales, como también por la disminución de la disponibilidad productiva de los sujetos. Las enfermedades crónicas se convierten entonces en una causa subestimada de pobreza y en una patente dificultad para el desarrollo económico de muchos países, pero más aún en un afincado círculo vicioso: la pobreza expone a la gente a los factores de riesgo ya mencionados, y a su vez, cuando los cuadros son adquiridos, éstos agravan la exposición de las familias a la pobreza. La razón de esto es que la gran mayoría de los países subdesarrollados no poseen buenos programas de cobertura sanitaria, por lo que son las personas quienes deben gastar de su propio bolsillo en asistencia médica, reduciendo significativamente los presupuestos familiares, sobre todo en los sectores de menor ingreso. Según la OMS (2011, p.3), “se estima que cada año unos cien millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a los costes de los servicios de salud que necesitan”.

Continuando con este desarrollo, y bajo la consideración de las EC como fenómeno multifactorial tanto en origen como en efectos, la responsabilidad individual de las personas para alejarse de estos hábitos malsanos sólo puede hacerse efectiva una vez que puedan tener un acceso igualitario a una vida más sana y disponer de esta manera de apoyo para la toma de decisiones, direccionadas a una vida saludable. Es decir, no basta sólo con la consideración individual del paciente afectado por la enfermedad, puesto que el fenómeno es más complejo.

Es por esto que la intervención de las autoridades públicas se hace necesaria para ofrecer dicho acceso y protección especial a los grupos más vulnerables (OMS, 2013). Es en este contexto bajo el cual la Hipertensión Arterial emerge como una de las principales enfermedades crónicas, puesto que sus implicancias micro y macro sociales generan grandes problemáticas que podrían ser subsanadas al implementar un modelo sanitario de intervención y prevención que sea capaz de abarcar la mayor cantidad de factores que inciden en su prevalencia.

## Hipertensión Arterial en el Mundo y en Chile

De manera particular, la HTA es una patología asintomática o de sintomatología inconsistente, definida como aquella enfermedad que se produce en personas cuyas cifras de tensión arterial se encuentran por encima de 140 mm Hg de tensión arterial sistólica (TAS) y/o 90 mm Hg de tensión arterial diastólica (TAD) (NIH, 2003).

En las últimas décadas, la HTA ha alcanzado una gran relevancia como problema de salud pública, específicamente por su relación causal con aquellas enfermedades vasculares que causan la muerte (MINSAL, 2010), ya que al tener una presión más alta que la esperada, existe una mayor probabilidad de un ataque cardíaco, una insuficiencia cardíaca o una enfermedad cerebrovascular, entre otras patologías (NIH, 2003). Así, la HTA se convierte en una de las principales causas de muerte a nivel mundial, afectando a más de un billón de personas, siendo partícipe de gran parte de las patologías cardiovasculares y en consecuencia, conllevando a más de 7 millones de muertes anuales (Acevedo, Aglony, Arnaiz, Barja, Berríos, Guzmán et al. 2009; Lagomarsino & Saieh, 2009).

A nivel epidemiológico, la HTA es una de las patologías más frecuentes en occidente. La cuarta parte de la población mundial mayor de 15 años es hipertensa, y se espera un alza cercana al 60% hacia el año 2025, aumentando su prevalencia en proporción lineal al aumento de la edad (Valenzuela & Zárate, 2012,). A su vez, se calcula que los sujetos mayores de 55 años de presión en niveles normales, tienen un 90% de posibilidades de desarrollarla (NIH, 2003), aumentando el riesgo de padecerla cuando se encuentra asociada a factores de riesgo (Kunstmann, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (2004) suele identificar y agrupar estos factores de riesgo en: a) biológicos (genética, vejez, etc.); b) hábitos de dieta y ejercicio (sedentarismo, alcohol, sal, etc.); c) psicológicos (stress, rabia, etc.); y d) socioculturales (pobreza, educación, etc.).

Por su parte, Valenzuela & Zárate (2012) proponen como factores de riesgo a aquellos niveles elevados

[...] de sobrepeso y obesidad, sedentarismo, tabaquismo, ingesta exagerada de alcohol, consumo excesivo de sal (9,8%), deficiente ingesta de frutas y verduras (sólo un 15% presenta una ingesta recomendada de 5 porciones diarias) y déficit en aporte diario de potasio” (p.45)

En Chile, a la par de otros países en vías de desarrollo, se ha vivido un periodo de transición epidemiológica pasando de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas (MINSAL, 2003), al punto de que las enfermedades cardiovasculares se convirtieron en la principal causa de muerte desde 1969 (Kunstmann, 2005).

En el estudio de la incidencia de la HTA en el territorio local, la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (MINSAL 2009-2010), evidencia una prevalencia parecida a la mundial: el 26,9% de los chilenos mayores de 15 años la padecería. De este porcentaje, un 65% de ellos tiene conocimiento de su existencia, un 37,6% estaría en tratamiento y sólo un 16,49% se encontraría en control satisfactorio, mostrando en los hombres niveles significativamente deficientes; un 55,15% estarían diagnosticados, un 25,78% en tratamiento y sólo un 8,71% en control satisfactorio (Valenzuela & Zárate, 2012). Estas cifras están fuertemente influidas por la característica particular de la HTA como enfermedad asintomática, junto con la dificultad de reconocer puntualmente los factores que la causaron (MINSAL, 2010). La HTA se convierte entonces en una de las enfermedades crónicas más frecuentes en aquellas personas que atraviesan las etapas más productivas de su vida (Sánchez, 2006), siendo la enfermedad que suma más años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad (MINSAL, 2008).

Debido entonces a la baja tasa de personas diagnosticadas y al alto porcentaje que no se encuentra en tratamiento, o que se encuentran en uno insatisfactorio, ocurre un cuestionamiento respecto a los procedimientos y estrategias que configuran el tratamiento antihipertensivo a nivel nacional, como también internacional. De esto surge la necesidad de comprender cómo se aborda la adherencia en el área médica, para así buscar un nuevo acercamiento que ayude a aumentar las tasas de control satisfactorio en el tratamiento para la hipertensión, que ha sido catalogada como pandemia (OMS, 2013).

En función de lo anterior, se continuará con la descripción de cómo se entiende la adherencia a los tratamientos médicos, cuáles son los elementos que la componen, y cuáles son sus implicancias en la reducción de las altísimas tasas de mortalidad ocurridas en el mundo.

### **Adherencia a tratamientos médicos**

La adherencia a un tratamiento médico es en general considerada como un proceso compuesto por diferentes fases o etapas, que consisten en: a) la etapa inicial o de motivación, posterior al diagnóstico y representada por el primer encuentro con el equipo médico, donde se reciben las prescripciones; b) la etapa media o de aplicación, donde se incorporan las nuevas conductas y se ajustan los cambios necesarios; y finalmente, c) la etapa final o de mantención, en la que se da por consolidado el cambio, y se hacen propias estas indicaciones al estilo de vida del paciente (Poffald, 2004, en Morande, 2012).

Bajo esta lógica, la adherencia es considerada como la concordancia entre la conducta del paciente respecto de las indicaciones dadas por su médico tratante, la toma de medicamentos y las modificaciones en su estilo de vida (Sánchez, 2006). Si bien esta es una de las definiciones más comunes del concepto, siendo utilizada también por la Organización Mundial de la Salud (2004), dicha propuesta puede llegar a enriquecerse al considerar la adherencia como un proceso no mediado por simples etapas, sino como un fenómeno complejo, y que implica la participación activa de las personas involucradas.

El paciente entonces cumple un rol activo y de colaboración voluntaria en el curso de un tratamiento médico aceptado de mutuo acuerdo con su tratante, con el propósito de generar cierto resultado terapéutico deseado (DiMatteo & DiNicola, 1982; en Bayarre, Libertad, & Sairo, 2003). Dicho de otra forma, el sujeto se posiciona proactivamente en el proceso de adherencia a un tratamiento, y por tanto también debiese hacerlo en la construcción del mismo para lograr una meta acordada con su equipo médico.

En esta línea, Bimbela (2002, en Arrivillaga, Cáceres, Correa, Holguin, Varela, 2006) define el término adherencia como una estrategia que permitiría que el paciente pueda mantener y continuar el tratamiento, con el propósito de lograr cambios que sean significativos en su comportamiento, hacia la mejora de su calidad de vida.

Amigo, Fernández y Pérez (1998, en Arrivillaga et al.) ven la adherencia como la incorporación de nuevos hábitos en la rutina de la persona, que sean beneficiosos por la eliminación de condiciones aversivas (síntomas, desaprobación social, reducción de miedos, etc.).

De esta forma, tanto las características propias del paciente como las de la enfermedad que se busca controlar, el tipo de tratamiento que ofrece el médico y las características propias del contexto bajo el cual se suceden todas las anteriores, van a influir en la adherencia del paciente al tratamiento (Osterberg & Blaschke, 2005). La adherencia, por lo tanto, debe ser entendida como un fenómeno multifactorial, cuyos aspectos resultan complejos de ser estudiados, lo cual ha sido considerado por las investigaciones actuales que buscan mejorar las tasas de adherencia. En efecto, Soto, Zavaleta y Bernilla (2002) tomando los factores antes mencionados, proponen que factores como el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, el desinterés por el control o la inalterabilidad en el estilo de vida, son relevantes en la adherencia, haciendo hincapié en todo aquel mundo subjetivo que se pone en juego al enfrentarse a la tarea de adherir, o más específicamente, a la tarea de hacer cambios en su vida.

Sumado a esto, Osterberg & Blaschke (2005) hacen énfasis en los factores que van más allá de la conducta observable del sujeto adherente, y plantean que las tasas de adherencia varían también de acuerdo al criterio con el cual se considera un comportamiento como saludable; el criterio de clasificación entre pacientes adherentes y no adherentes; y la estrategia para la medición de la adherencia. Mientras que la OMS (2004), en esa misma línea, postula que los factores que deben abordarse con mayor énfasis para mejorar la adherencia son aquellos sociales y económicos; teniendo en consideración las características de la enfermedad, los factores relacionados con el paciente, y aquellos relacionados con el equipo médico.

Sin embargo, a pesar de esta forma de abordaje más comprehensivo del fenómeno, aún se manejan cifras muy altas de no adherencia: en las enfermedades graves, los pacientes no adherentes alcanzan un 20%, mientras que en enfermedades crónicas se propone un 40-45%, como promedio de un porcentaje que fluctúa entre el 30% y el 70% (Martín & Grau, 2005, en Ortiz & Ortiz, 2007), y cuando los tratamientos requieren generar cambios en la vida del paciente que le son extraños o que se conciben como dificultosos, los porcentajes de adherencia disminuyen notablemente (Rodríguez, 2001).

Como se ha visto, la propia naturaleza de los cuidados de las EC y en especial de la HTA hace emerger la necesidad de replantear seriamente el entendimiento de la adherencia terapéutica, por lo menos en este tipo de padecimientos. La cronicidad de estas patologías requiere de un tratamiento mantenido y de hábitos de vida saludables, por lo que un enfoque comprensivo e interventivo que sea más inclusivo en tanto variables influyentes parece ser una respuesta coherente. En ese sentido, a continuación se realizará una revisión respecto a cuáles son aquellas características propias de la adherencia en los pacientes que padecen de hipertensión arterial, de manera de ir configurando una mirada más integral y detallada de las dificultades que se presentan al momento de estudiar cómo debiese ser una aproximación efectiva a una promoción de la adherencia de pacientes con HTA.

### **Adherencia en Pacientes Hipertensos**

Como se ha dicho anteriormente, la HTA es una patología que no presenta síntomas consistentes o reconocibles fácilmente, característica que impide su diagnóstico oportuno, y en consecuencia, causa un detrimento en la esperanza y calidad de vida de la persona, ya que su control también oportuno permite la prevención de trastornos cardiovasculares (Granados, Moreno, Roales-Nieto, Ybarra, 2007) que, como ya se ha visto, son una de las mayores causas de mortalidad mundial.

A pesar del grado de peligrosidad que conlleva el no control de la HTA, la realidad es que los niveles de detección, tratamiento y control efectivo son deficientes en Chile y el

resto del mundo, por lo que aún es un problema de salud pública no resuelto y que necesita urgente atención (Valenzuela & Zárate, 2012)

En cifras, las tasas de no adherencia a los tratamientos que permitan la regulación y cuidado de la HTA resultan ser más considerables que las que respectan al diagnóstico de la misma. En efecto, entre un 30% y un 70% de los pacientes hipertensos no cumplen con los consejos entregados por sus médicos (National Heart, Lung and Blood Institute, 1998), menos del 25% logra efectivamente controlarla de manera adecuada (OMS, 2004) y aproximadamente la mitad de las personas que comienzan un tratamiento, lo modifican o abandonan el mismo año de realizado el diagnóstico (MINSAL, 2010). El paciente, al no cumplir con las indicaciones médicas, provoca que sea imposible poder estimar los efectos que genera el tratamiento, lo que induce a prolongar las terapias y eternizar los problemas de salud asociados a la enfermedad, llegando incluso a la muerte, y conllevando por lo tanto un costo económico estatal elevado, relativo a la pérdida de productividad y costos relacionados con la rehabilitación y pensiones de invalidez (Ortiz & Ortiz, 2007).

Las razones por las cuales ocurre el fenómeno de no adherencia en pacientes con HTA también son múltiples. El Ministerio de Salud de Chile (2010) propone que los principales factores que dificultan la adherencia en el tratamiento de la HTA serían la naturaleza asintomática y la cualidad vitalicia de la enfermedad. Sin embargo, no son las únicas importantes de resaltar, puesto que se identifican también 1) factores socioculturales, como los niveles educacionales, socioeconómicos, el desempleo, etc.; 2) factores relacionales, como la soledad, falta de redes y apoyo; 3) los factores individuales, asociados a la comprensión y percepción de la enfermedad, las creencias respecto de la patología, poca información, conocimiento de sus consecuencias o de los efectos de su cuidado; 4) etarios, a mayor o menor edad habría menos adherencia; 5) farmacológicos, en tanto tolerancia o efectos secundarios; 6) la accesibilidad, como dificultades para obtener atención o llegar a ella; y 7) la relación interpersonal médico-paciente, en tanto percepción de malos tratos, falta de empatía, atención desconsiderada o deficiente; entre otros.

Desde una perspectiva más psicologicista, que recoge los factores antes nombrados, se propone la incidencia de variables como: 1) la autoeficacia y autoestima del paciente; 2) el grado de soporte social; 3) las estrategias de afrontamiento; 4) el grado de conciencia e información sobre la enfermedad; 5) las creencias que se tienen sobre la enfermedad y su tratamiento; 6) la visibilidad de los síntomas; 7) los efectos secundarios al tratamiento; 8) los costos y tiempo de espera en la atención de salud; 9) el estilo directivo del profesional; y 10) la participación del paciente en su tratamiento. (Creer et al., 2004, en Escobar, 2012; OMS, 2004). De igual manera, también se señala que el estrés generado por las EC, la ansiedad, depresión, ira, falta de apoyo, las estrategias de enfrentamiento defensivas o represivas, son factores de riesgo o eventualmente pueden ellas mismas desencadenar un evento cardiovascular (Carels et al. 2000; Denollet et al. 2008, en Martínez, 2012).

Por su parte, el Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, (NIH, 2003), señala que una mejor adherencia a los tratamientos sólo se daría si los pacientes se encuentran motivados al respecto, es decir, que quieran adherir porque tienen razones que lo respalden. Dado esto, se señala que la motivación mejora si el paciente dice haber vivido experiencias positivas con sus médicos, habiendo confianza en su labor, y que la empatía percibida desde los médicos aumenta la confianza en el vínculo, convirtiéndose en un catalizador en el proceso de adherencia. De igual manera las creencias, expectativas y actitudes de los pacientes respecto al encuadre médico, debiesen ser consideradas en la relación profesional para generar un mayor entendimiento, y por ende, una mejor construcción de la prescripción médica (Geller, Maguth, Nezu, Weine, 2004).

En esa línea, Granados (et al. 2007) plantea que la percepción que el paciente tiene de los síntomas operaría como un predictor de las recomendaciones hechas por el médico. Tomando en cuenta que si bien la hipertensión arterial ha sido descrita como un “síndrome silencioso”, existen estudios que revelan que la mayoría de los pacientes hipertensos señalan percibir síntomas que indicarían su nivel de tensión arterial, utilizándolos como guía para la toma de medicación y/o cumplimiento del tratamiento establecido, lo que viene a dar cuenta de que muchas veces la adherencia a un tratamiento previamente establecido por el médico se encuentra condicionada por las

necesidades del paciente en función de la aparición o no de síntomas, es decir, de su propia percepción del fenómeno y de la forma en la cual vive y se relaciona con él.

A diferencia de lo anterior, están los autores que enfatizan en las variables socioculturales como son los estresores sociales, el estatus económico y la coherencia o ajuste entre el estilo de vida cultural con los patrones de comportamiento individual, afirmando que las variables culturales pueden actuar como un moderador de la relación entre los factores psicológicos y la hipertensión; por ejemplo, observando cómo la expresión de las emociones negativas tiene una correlación positiva o negativa con el estrés, dependiendo de los antecedentes culturales del sujeto (Butler et. al 2009, Carretero & Oparil, 2000, en Escobar 2012). Sumado a esto, diferentes investigaciones muestran que el aumento en las tasas de algunas EC, como es la HTA, podrían verse disminuidas si se utilizaran estrategias de intervención psicosocial, sobre todo en la reducción del estrés (Blumenthal et. al. 2002, Bogner & Vries, 2008, en Martínez, 2012).

Concluyendo, los criterios más efectivos para comprender la adherencia son aquellos amplios en los cuales caben la mayor parte de los factores reconocidos como implicados: tanto características del paciente, su vida, su motivación, como las del médico, su trato, su profesionalismo; los factores socioculturales como la accesibilidad o educación, pero también aquellos que fijan la comprensión de lo médico, que se entiende por sano o insano, por adherente o no adherente, etc.

De esta manera, es posible observar cómo los nuevos estudios desarrollados en el ámbito de la adherencia al tratamiento han ido desde una visión más acotada o causalista, a la progresiva incorporación de variables psicológicas, o por lo menos, de variables interaccionales, como también ambientales, en la comprensión y promoción del fenómeno de adherencia, recalando entonces en un abordaje mucho más abarcativo. Es en este contexto donde el desarrollo de investigaciones cualitativas como el presente estudio pueden ser un aporte, debido a la riqueza singular de su producto y a la integración de múltiples variables en su método y en su desarrollo.

## **Marco Referencial Conceptual**

A continuación se presenta la aproximación teórica desde la cual fue desarrollada la presente investigación. En función de aquello, se revisarán modelos como teorías narrativas y teorías subjetivas que permitirán comprender cómo se aborda la adherencia en el presente trabajo, desde una perspectiva relacional.

### **Teorías Narrativas**

Las teorías narrativas tienen su raíz epistemológica en el Construccionismo Social (Gergen, 1993; Shotter, 2001) perspectiva que postula la idea de que los sujetos, por medio de sus relatos, incorporan los procesos sociales y culturales a los que están expuestos, proveyéndole una suerte de marco de referencia para aproximarse e interpretar el mundo. Esta teoría pone énfasis en la vida humana como un proceso de naturaleza cambiante y principalmente interactivo y relacional con los otros, dando cuenta de la “realidad” como una construcción social (Aya, 2010).

Para Sluzki (1992), la construcción social de la realidad es llevada a cabo a través de una serie de redes de relatos múltiples, los cuales contienen distintos niveles de dominancia y diversos contextos, respondiendo ellos a cómo interactúan los diferentes niveles de existencia o roles (amigo, ciudadano, padre, etc.) con los diferentes grupos a los que puede pertenecer o en los cuales puede interactuar un sujeto (trabajo, región, país, etc). Por medio de estos elementos es que se establecen parámetros, tales como significados, prioridades, deberes, privilegios, normas y ordenamientos de los hechos en el tiempo, dando cuenta que la realidad particular de un sujeto “se expresa en las descripciones que uno hace de los hechos, personas, ideas sentimientos, experiencias” (p.13).

Tomando en cuenta lo anterior, las teorías narrativas buscan enfatizar en el carácter activo que tienen los sujetos en la construcción de su propia realidad, por medio de “la selección, ordenación y valoración de hechos significativos como forma de comprender el mundo” (Bravo, 2010 p.56). Entonces, desde esta perspectiva, el ser humano viene a tomar un doble rol, puesto que por un lado forma parte de los muchos

sistemas que lo construyen como tal, así como también él mismo es constructor de los sistemas a los cuales pertenece. Esto pone de manifiesto que las situaciones cotidianas de los sujetos son resultado de ciertas prácticas interaccionales, que se dan de manera constante (Aya, 2010).

Así, las teorías narrativas permiten comprender a los sujetos desde una perspectiva de proceso relacional continuo, es decir, de cómo a lo largo de su vida se encuentran en permanente construcción de las historias que les permiten vislumbrar y ordenar los acontecimientos de su vida, construcción que va en sintonía al cómo históricamente los sujetos se ven a sí mismos, es decir, a cómo han ido construyendo su identidad, lo que hace de este fenómeno un estado de flujo en permanente redefinición. De esta manera, las teorías narrativas dan cuenta de la existencia de componentes subjetivos, como el experimentar la propia emocionalidad, las acciones, las identidades, los escenarios de vida, entre otros, que al organizarse, entretenerse e interactuar, otorgan sentido de coherencia a las experiencias de los sujetos en el tiempo.

Ahora, para una mejor comprensión, las teorías narrativas pueden desglosarse en dos elementos constituyentes y que interactúan entre sí. Estos elementos son los *textos con sus tramas*, y los *contextos relacionales*.

Los *textos o relatos y sus tramas* componen las narrativas que dan sentido y significado a la experiencia de los sujetos en un determinado tiempo, el que puede ser pasado, presente, futuro o incluso un tiempo imaginario. Estos textos o relatos se organizan y se encuentran en constante interacción con otros textos, conformando ciertas maneras de percibir las experiencias tanto del sí mismo, como las de otros sistemas que forman parte de la cotidianidad de los seres humanos.

Dichos *textos y sus tramas* contienen: a) argumentos que se encuentran estructurados en determinadas secuencias y que cuentan con una intencionalidad que permite organizar la experiencia; b) significados y sentido que son atribuidos a las experiencias de la vida; y finalmente c) ciertos tiempos narrativos, que se encuentran en relación con los argumentos, significados y sentidos. Esto da cuenta de que las narrativas son imposibles de ser abordadas fuera de una matriz de relaciones. Así, al ser

conjugados diversos textos, se pueden llegar a crear o reconocer historias o relatos que dominan la manera de interpretar el mundo, así como también vislumbrar la posibilidad de historias alternativas o secundarias, que permiten la oportunidad de variar y de concretar un cambio respecto de la continuidad del sujeto.

Un segundo aspecto de las narrativas son los *contextos relacionales*, que son comprendidos como aquellos espacios y tiempos intencionales y simbólicos, en el cual las narrativas adquieren sentido (González, 2007 en Aya, 2010). En esa línea, los contextos relacionales son los espacios en que diversos textos con sus tramas circulan e interactúan, tomando forma definida. De esta manera, los *contextos relacionales* “crean, transforman y otorgan sentido a la multiplicidad de relatos gracias a la interacción con el mundo” (Aya, 2010 p.189).

En este sentido, las teorías narrativas plantean que los seres humanos deben ser concebidos como “narradores”, donde la realidad es considerada como un conjunto de problemas que se encuentran débilmente estructurados, en que la manipulación de pensamientos es una búsqueda intencional de significado. Así, las

[...] personas diferentes en posiciones diferentes y en momentos diferentes vivirán en realidades diferentes. Por tanto, debemos comenzar a repensar la realidad ahora como diferenciada, heterogénea, y consistente en una serie de regiones y de momentos, cada uno de los cuales tienen propiedades diferentes (Shotter, 2001 p. 35)

Si bien lo descrito respecto a las teorías narrativas permiten comprender a los sujetos como constructores de su propia realidad, enfatizando la importancia de concebir aspectos más profundos de los sujetos y no sólo aquellos comportamentales, lo cierto es que desde esta perspectiva se aborda la construcción de relatos desde una visión más global. Dado lo anterior, surgen preguntas en torno a cómo es posible comprender a los sujetos desde sus propias interpretaciones del mundo, en la vida cotidiana. Por lo tanto, cabe preguntarse ¿de qué manera puede entenderse la subjetividad y la construcción de mundo desde un individuo de una manera simple para los efectos de esta investigación?

## **Teorías Subjetivas (TS)**

De manera complementaria a las teorías narrativas, el concepto de Teorías Subjetivas aporta una perspectiva que ayuda a comprender la manera en que los individuos construyen su realidad individual.

El concepto de TS es desarrollado por Groeben y Sheele, y corresponde a una evolución de la Teoría de los Constructos Personales desarrollado por G. Kelly en 1955, concepto que releva la importancia que tiene el análisis del pensamiento de la vida cotidiana como una manera de explicar y a la vez predecir el comportamiento de las personas (Avendaño, Krause & Winkler, 1993).

Las TS son definidas como aquellos conjuntos de supuestos que se encuentran organizados de manera interdependiente, utilizado por las personas para poder explicarse su propio comportamiento y el mundo, aplicándolas y probándolas en la vida cotidiana (Flick 2002, en Cuadra, 2009).

De acuerdo a la perspectiva de las TS, los individuos generan modelos explicativos que son de carácter subjetivo, y que cambian conforme al desarrollo de nuevos modelos que los orienten a nuevas acciones (Aristegui, Gaete, Krause, Muñoz, Ramírez, Salazar, et al. 2009).

En este sentido, estas teorías operan de manera individual, y son construidas por los individuos en función de sus propias experiencias personales y su contexto, como una manera de interpretar sus relaciones con los otros. Si bien estas teorías son propias de cada sujeto, son partícipes de la comunicación y formación sociales, pudiendo ser explícitas como implícitas (Catalán, 2004).

Lo anterior se basa en la idea de que cada sujeto genera conocimientos, desarrolla suposiciones y adquiere experiencias sobre cómo actúan los demás sujetos en determinados contextos “acerca de lo que perciben, piensan, sienten y desean, por qué actúan de la forma en que lo hacen y cuáles son las consecuencias de sus acciones” (Müller & Liebsch, 2008 p.100). Estas teorías son útiles para los sujetos como una manera de predecir y simplificar la realidad, reduciéndolas a categorías y conceptualizaciones

(Moncada, 2007). Las TS entonces ejercen una gran influencia sobre los sujetos que las construyen.

Para Flick (1991, en Avendaño et. al 1993) las Teorías Subjetivas tienen las siguientes funciones:

- Permiten al sujeto definir una situación rápidamente y, por tanto, dan certeza y seguridad en su *orientación* en la realidad;
- Le entregan al sujeto una explicación posterior para eventos sucedidos, teniendo en parte características de justificación;
- Posibilitan la *predicción* de sucesos futuros;
- Facilitan el desarrollo de *sugerencias para el comportamiento*, lo que permite decidir entre diferentes alternativas conductuales;
- Tienen, hasta cierto punto, la función de *guiar* la acción del individuo;
- Tienden a estabilizar u *optimizar la autovaloración*

De esta manera, las TS cumplirían la función de regular las acciones de los sujetos, así como de alguna manera economizar los procesos cognitivos al poseer estructuras pre construidas.

A pesar de su carácter regulador y esquemático, y como se desarrolló en el apartado de teorías narrativas, es importante tener en cuenta que dichas teorías de conocimiento (TS) son constructos dinámicos, por lo que sufrirán transformaciones y cambios en la medida en que le sean útiles o no al sujeto, dependiendo de las exigencias que su desenvolvimiento en cierto medio le reporte (Bortoluzzi, Castro-Carrasco, General, Jofré, Sáez, Vega, 2012).

Resumiendo, el modelo narrativo resulta útil en la explicación a un nivel más complejo cómo es que se genera o bien construye el mundo para una persona, de una forma relacional y continua. De manera complementaria, las teorías subjetivas son de ayuda en la simplificación de dicho proceso complejo, transformándolo y concretándolo en hipótesis particulares, relatos específicos o bien teorías subjetivas puntuales acerca de los

fenómenos con los que el sujeto lidia y experiencia en la medida que se desenvuelve en el mundo.

Así es como, haciendo hincapié en la importancia de la subjetividad de los sujetos, a continuación se presentarán diferentes modelos teóricos que dan cuenta de qué se entiende por cambio, en el contexto de adherencia a los tratamientos médicos, y finalmente cuál es la propuesta que permitiría comprender el cambio desde un enfoque subjetivo desde el paciente y su interacción con el equipo médico.

### **Teorías y elementos del cambio en la adherencia terapéutica**

En el contexto de adherencia al tratamiento, Ortiz y Ortiz (2007) presentan una recopilación de los diversos modelos y cuerpos teóricos que emergen desde la psicología de la salud, que han ayudado en la comprensión de la adherencia y cómo se da el cambio de los sujetos ante y durante un tratamiento médico, a saber:

Teoría Social Cognitiva: Se basa en que cualquier cambio de conducta se fundamenta en la creencia de la persona respecto a la posibilidad que tiene de alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad se define como auto-eficacia percibida. Esto quiere decir, que si la persona no cree que pueda llevar a cabo la conducta, ésta no se realizará aun cuando otros factores estén presentes (como comprensión de la enfermedad y la presencia de apoyo social).

Teoría de la Acción Razonada: Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conductas de la persona. Esta teoría señala que el mejor indicador de la conducta es la intención de llevarla a cabo, que a su vez es predicha por la actitud y los factores sociales. Este modelo sugiere entonces que la conducta de las personas puede llegar a predecirse con mayor exactitud en la medida en que se indague en sus intenciones de realizarlas.

Modelo de Creencia en Salud: Modelo que integra las teorías cognitivas y conductuales con el fin de explicar por qué la gente no adhiere a conductas saludables. Desde este modelo, la probabilidad de que una persona adopte o mantenga una conducta de

prevención o control de una enfermedad dependerá de: 1) grado de motivación e información sobre su salud, 2) autopercepción de vulnerabilidad ante la enfermedad, 3) Percibir la condición como amenazante, 4) estar convencido de que la intervención o tratamiento es eficaz y 5) percepción de poca dificultad de la ejecución de la conducta saludable.

Modelo Transteórico: Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o reducción de conductas de riesgo. Se distinguen cinco etapas de cambio: 1) pre contemplación: El sujeto no tiene intención de cambiar en el corto plazo (usualmente se consideran 6 meses), 2) contemplación: el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente pero podría intentarlo en el corto plazo, de aquí a 6 meses, 3) preparación: el sujeto considera activamente cambiar su conducta en el corto plazo, en el próximo mes, 4) acción. El sujeto ha realizado cambio en el pasado reciente pero este cambio no está bien establecido y 5) mantenimiento. Se ha cambiado la conducta por más de seis meses y se está activamente involucrado en mantenerla.

Modelo de información- motivación-habilidades conductuales: Sometido a rigurosa investigación, este modelo demuestra que las variables de información, motivación y habilidades conductuales explican en conjunto el 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito, pero que por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además, provee evidencia de que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio de conducta. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta.

Estos cuerpos teóricos, poniendo énfasis en variables cognitivas observables y medibles, buscan predecir las conductas que tendrán las personas respecto a los cambios que requiere el tratamiento, entendiendo que existe una coherencia interna entre el “decir y hacer”. Sin embargo, no logran dar cuenta de cómo abordar a los sujetos que ya se encuentran en tratamiento y no alcanzan una adherencia suficiente que mantenga controlada su enfermedad, o de sujetos que adhieren y desertan reiteradas veces; es

decir, no dan cuenta del dinamismo que mantiene a esas conductas, ni de cómo éstas pueden eventualmente mantenerse o variar en el tiempo.

Por el contrario, la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005), permite el abordaje del sujeto en un proceso de tratamiento en curso. Esta teoría propone que la posibilidad de cambio se halla en tanto los individuos son capaces de desarrollar significados divergentes respecto de la usual forma que tienen de comprender, por medio de las permanentes conexiones de significados que emergen y se elaboran en la interacción verbal y no verbal con los otros (Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Tomicic, Valdés, et al. 2012). Esto quiere decir que la fuente del significado o la conformación de ciertas TS se dan en un proceso dialógico relacional, y en ese sentido, la emergencia de estas hipótesis explicativas nunca es ni será un proceso pasivo, por el contrario, siempre será un proceso proactivo del sujeto, consistente en la decisión de optar por una u otra manera de interactuar con el otro, ante cómo vaya dándose aquella situación.

Desde la adherencia terapéutica, se cuestiona entonces la idea del traspaso o comunicación de prescripciones médicas como la forma más eficiente de interacción médico-paciente en un tratamiento de HTA. Cómo el sujeto se explique su enfermedad y su tratamiento será primordial para el tipo de adherencia que tendrá, y la forma en la que un equipo médico proponga su prescripción será de primordial relevancia en la generación de un cambio adherente esperado.

De lo anterior se desprende que no es útil para la búsqueda positiva de la adherencia centrarse solo en las variables observables del paciente respecto de este fenómeno, sino también en la interacción entre el paciente y el equipo médico. Es necesario adentrarse en cómo las personas han de considerar estos cambios que van a implementar en sus vidas, puesto si no han de quererlos, existe gran posibilidad de que no los hagan. Dicho de otra manera, las diversas posiciones discursivas de los sujetos utilizadas para explicarse o relacionarse con la enfermedad son una piedra angular a considerar en el estudio de la ambivalencia en la adherencia a los tratamientos, y la forma en la que los pacientes se vinculan con sus redes y su equipo tratante también.

En ese sentido, se instaura ya fuertemente la necesidad de adecuar las intervenciones del equipo tratante a las características psicológicas de cada paciente. Puesto que todo tratamiento contra la HTA se centra en cambios en los estilos de vida del paciente que él mismo debe realizar y mantener, las prescripciones médicas debiesen ser tratamientos personalizados, co-construidos por paciente y equipo tratante, a la par de que las conductas no adherentes debiesen ser comprendidas no como conductas resistentes, si no que adaptativas del sujeto y propias de su capacidad para responder a sus contingencia presentes (MINSAL, 2010). En la misma línea, la interacción profesional médico-paciente consiste en un proceso relacional, por tanto mutuamente influyente, cuya finalidad última en este caso es conseguir un cambio de conducta de parte del consultante y su optar por ciertos hábitos de vida acordados como saludables, y también como efectivamente realizables.

En esta mirada relacional, Sánchez (2006) declara ciertas actitudes básicas que debieran tomar los equipos médicos, cuales contemplan a la persona del paciente en la búsqueda de una interacción profesional que mejore la adherencia al tratamiento de patologías crónicas. Estas son:

No culpabilizar: este elemento debe ser tomado como una premisa inicial al momento de enfrentarse con el incumplimiento del tratamiento por parte de un paciente, ya que es precisamente éste uno de los factores que causan o intervienen el desarrollo de la HTA, por lo que resultaría contraproducente descargar sobre el paciente la responsabilización sobre el problema.

Individualización de la intervención: ello implica generar estrategias de intervención que se encuentren dirigidas al paciente en particular, lo cual implica integrar aquellos factores que inciden en su falta de adherencia al tratamiento.

Fortalecimiento de la relación: La construcción de una relación adecuada entre el médico y el paciente permite generar un espacio de entendimiento y de construcción de una estrategia terapéutica, puesto que al ser ésta compartida por el paciente, le permite al mismo la aceptación del tratamiento, puesto que ha sido parte del proceso. Asimismo, aquellos pacientes que tienen problemas para seguir el tratamiento prescrito sienten que

tienen una relación de confianza con el médico, por lo que les resulta más fácil reconocer sus dificultades abiertamente, y por ende responden más satisfactoriamente a las intervenciones que se exploren en pos de buscar una solución a dicha situación.

*Integración en la práctica diaria:* Toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder hacerla extensible a un grupo mayor de población y esto es valorado muy positivamente por distintos autores que consideran que de este modo podría realizarse una actuación preventiva sobre el incumplimiento.

*Participación de distintos profesionales:* Otro elemento que favorece la adherencia de los pacientes al tratamiento es reconocer que la prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no recae solamente en el médico tratante, sino que también forman parte otros profesionales que trabajan en Atención Primaria, como el personal de enfermería, farmacéuticos, psicólogos, entre otros, pudiendo de esta manera realizar intervenciones con éxito.

Todos estos factores descritos permiten afianzar la propuesta de una comprensión integral de la patología, que englobe más que los tecnicismos de un encuadre médico tradicional, puesto la riqueza del fenómeno de la adherencia en EC y específicamente en HTA exceden las competencias de cualquier médico tratante que no logre vincularse con el sistema consultante, que es donde se da primordialmente la adherencia.

En la búsqueda de la mejor concreción de este fenómeno es imposible entonces no tomar en cuenta el mundo subjetivo del paciente HTA, revelando la importancia entonces de varios de los fenómenos estudiados en la contemporaneidad de la Psicología, como son los factores relacionales y contextuales. En ese sentido, se propone que analizar las TS que las personas diagnosticadas con esta patología tienen respecto a la enfermedad, permitiría abordar las mejores formas de reforzar su adherencia al tratamiento, lo que en definitiva ayudaría a reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad asociadas a este padecimiento.

## **Relación médico paciente**

Como fue expuesto en apartados anteriores, la literatura plantea un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento de un tratamiento médico, incluyendo componentes de naturaleza social e individual (como económicos, creencias, expectativas, redes); de naturaleza médica (características de la enfermedad y el tratamiento), y también, de naturaleza interaccional, como lo es la relación interpersonal médico-paciente (Acosta, Bayarre, La Rosa, Libertad, Orbay, Rodríguez, et al. 2007)

Históricamente se podría diferenciar a esta relación en diversos momentos, o bien catalogarla en las diferentes formas en los que se da. Si se entiende que la terapéutica y la medicina son artes milenarias, se entenderá que la forma en la cual se ejerce ha vivido cambios en el tiempo, como también respecto a la situación a la que responden.

Emanuel y Emanuel (1999), proponen cuatro modelos para caracterizar cómo es que se ha dado y se da la relación médico-paciente:

*Modelo paternalista o sacerdotal:* los médicos utilizan sus conocimientos expertos para dirimir sobre la patología y los tratamientos necesarios, mientras los afectados esperan recibir las intervenciones que garanticen su salud y bienestar. En un extremo, se presupone la existencia de un criterio objetivo en la elección de “lo mejor”. El médico, de forma autoritaria, oficia como un tutor, determinando lo mejor para el paciente, informando sobre la intervención y luego aplicándosela al paciente.

*Modelo Informativo, Técnico o del Consumidor:* La relación está teñida por la noción de salud como un servicio, del médico como un técnico experto y del enfermo como un usuario o consumidor. Se implanta una lógica instrumental donde quien padece, busca la mejor solución, y se ve libre de optar por la forma en la cual la obtenga. El médico entonces informa de manera veraz sobre todas las variables asociadas a la enfermedad, el diagnóstico, los tratamientos posibles, etc., para que el paciente, conociendo toda la información relevante, seleccione la opción que más se adecúe a sus gustos, expectativas y posibilidades.

Modelo Interpretativo: la relación médico-paciente está teñida por la integración no sólo de las expectativas del paciente, sino de sus valores y creencias respecto de la salud, los tratamientos, etc. Hay una consideración del enfermo como un sujeto cuyas creencias deben ser incluidas en la construcción del modelo terapéutico que se opondrá a su enfermedad. Por lo tanto, el médico informa sobre la naturaleza de la afección y las posibilidades terapéuticas, como de sus riesgos y beneficios, a la par de que ayuda al paciente a aclarar sus expectativas y valores al elegir una terapéutica coherente con él mismo. El médico no impone su ideal terapéutico, sino que desarrolla un papel consultivo, de consejero.

Modelo Deliberativo: la relación médico-paciente se caracteriza por una asistencia del médico al paciente para determinar y elegir entre sus valores asociados a la salud cuáles son los mejores en su caso puntual. Más que una mera interpretación del otro, ambos actores se comprometen a un diálogo, discusión y deliberación activa de cuáles son los parámetros útiles para la opción terapéutica más atingente al momento de vida del enfermo.

Como se describe, en esta caracterización se da una progresiva integración del sujeto a la toma de decisiones respecto de su tratamiento. Rodríguez (2006) haciendo un ejercicio similar, reconoce tres formas diferentes de esta relación: una activo-pasiva, una de cooperación guiada, y otra de participación mutua.

La *relación activo-pasiva* es aquella que se establece entre médicos y enfermos que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente en coma u enfermedades graves o accidentes agudos de urgencia.

La *relación cooperativa guiada* es aquella que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas o crónicas.

Por su parte, la *relación de participación mutua*, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino la discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la

causa y evolución de la enfermedad. Es decir, contempla una participación mucho más activa del paciente respecto de su tratamiento, considerándolo como un sujeto deliberativo con creencias y vivencias que se ponen en juego respecto del mismo tratamiento.

Desde otra perspectiva, Burbinski y Naser (1999), más allá de hacer una categorización de esta interacción, plantean a la relación médico-paciente como la base fundamental de un buen acto médico, argumentando que no consta de ser simplemente una relación profesional, sino que, proviniendo de una práctica humanitaria, también posee connotaciones humanas, éticas, filosóficas, y hasta legales, por las consecuencias que su alteración puede producir. Para ellos, limitar esta relación a su carácter técnico profesional es una reducción inútil y contraproducente, ya que al ser una interacción humana, más aún situada en un contexto delicado como el del padecimiento y la terapéutica, involucra de manera inevitable las vivencias, principios y sentimientos tanto del paciente como del médico o equipo médico.

En ese sentido, resulta de suma importancia tener en cuenta las características personales del médico y del paciente, y la manera en la cual ambos se acoplan en la relación que mantienen (Rodríguez, 2006).

Por otro lado, siendo la HTA una patología crónica que requiere de tratamientos prolongados o de por vida, con mayor razón necesita del establecimiento de un vínculo básico, duradero y de calidad entre médico y paciente, el cual sirva como la piedra fundamental de una acción terapéutica eficaz (Facchini, 2004).

La larga data de los tratamientos de EC propicia en los pacientes una adherencia ambivalente, presentando muchas mejorías y recaídas. Mientras más se alarga la terapia, la adherencia disminuye, y los tratamientos curativos y rehabilitadores producen tasas más altas de no adherencia. Tal ambivalencia genera muchas veces frustración y resentimiento en la relación paciente-profesional, pasando de una relación de demanda y entrega de ayuda a una de vigilancia y justificación, o en peor caso, de deserción. En estos casos, se genera un estancamiento y reproducción de roles alejados uno del otro,

donde los retos y las deficiencias tiñen el vínculo terapéutico. De esta forma, se da a entender de manera negativa interacción que ambos actores mantienen (Facchini, 2004).

La manera en la cual médico y paciente se relacionan, por tanto, viene a ser fundamental en el proceso de adherencia. Cobra una vital importancia la existencia de una comunicación eficaz entre las partes, que consolide la mínima comprensión del paciente sobre la patología, y principalmente, su satisfacción con la calidad de la relación, lo que implica un compromiso mutuo entre las partes para la adopción de un diálogo terapéutico donde los riesgos y las responsabilidades terapéuticas sean discutidas y compartidas (Ginarte, 2001).

Se deja atrás el modelo médico tradicional, paternalista, donde el sujeto es considerado como el contenedor de la patología y el lugar de la intervención. Por el contrario, el paciente es integrado a la dinámica terapéutica como la persona singular que es, con experiencias de vida y motivaciones propias, las cuales pueden variar. Por ende, se vuelve fundamental considerar al sujeto como un participante activo, valorado y esencial para el proceso de cambio, que en gran parte es suyo; y también el cómo ocurre y tiene lugar esta interacción interpersonal (Facchini, 2004).

El médico como profesional, generalmente es ubicado en una posición de superioridad por la legitimidad que le otorga su dominio técnico y pragmático sobre las patologías, por lo que debe con su actuación equilibrar esta situación. Los pacientes valoran dicho dominio técnico, pero a su vez esperan de sus médicos cierta cualidad humana o más bien empática, y consideran deficiente al médico distante, el cual acaba siendo rechazado (Emanuel y Emanuel, 1999). Se ha observado, en ese sentido, que la satisfacción del paciente con la relación establecida con su terapeuta, desde el punto de vista afectivo, se asocia a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (Ginarte, 2001).

La forma en la que el médico prescribe, por tanto, es tan valiosa como el tratamiento mismo. Ambos deben acoplarse en pos de conseguir ciertas metas acordadas como el objetivo terapéutico, por lo cual la labor del médico no ha de ser simplemente el diagnóstico y la intervención como lo sería en el modelo paternalista, sino la de

acompañar al paciente en su proceso, asistirlo y enseñarle al paciente cómo seguir su tratamiento. Las recaídas en esa línea no deben ser vistas como fracasos sino como oportunidades de aprender, y la no adherencia como parte del mismo proceso adherente. Se debe buscar entonces, en pos de una adherencia eficaz, una actitud médica que evite la confrontación e intente resolver la ambivalencia permitiéndole a la persona analizar los pros y contras de cambiar.

En tanto hábitos de vida, se entiende que sólo a partir del momento en que el paciente tome la decisión y el compromiso de iniciar un proceso terapéutico y hacerse responsable de él, podrá llevar a cabo acciones realistas que produzcan cambios en su conducta y no quedar atrapado en la repetición (Facchini, 2004).

La imagen ideal de la relación médico-paciente que se propone es aquella que, considerando al médico en su posición privilegiada, éste no se limite a su competencia técnica, sino que, cumpliendo con su profesión como una labor humanitaria, integre sus conocimientos medicinales y los valores del paciente en un diálogo con este último. En este sentido, los médicos deben comprometerse en una evaluación discursiva sobre la salud y los valores relacionados con ella, y no invocar otras preconcepciones que no tengan relación puntual con la enfermedad del paciente, su momento de vida y las posibles terapias (Emanuel y Emanuel, 1999).

Es todavía más importante asumir que el desarrollo de una relación médico-paciente deliberativa requiere una gran cantidad de tiempo, pero se configura como una tarea pendiente por realizar si se busca la mejoría de los servicios sanitarios y de la salud de la población.

Todo el desarrollo anterior releva la importancia de la inclusión del paciente en la labor de la adherencia a un tratamiento, junto también con la importancia de la forma en la que se da la relación médico-paciente, es decir, cómo el equipo médico interactúa con el consultante, se acopla a éste y le pone facilidades o dificultades en la inclusión a la construcción de su propio tratamiento. En función de aquello, la presentación de los resultados de esta investigación, los relatos o posiciones discursivas, las teorías subjetivas de los pacientes sobre su enfermedad y sobre la adherencia a su tratamiento,

serán presentadas como *voces pro* o *anti adherencia*, mientras que la manera en la cual los equipos debiesen relacionarse intencionalmente con las diferentes singularidades emergentes de los pacientes para así favorecer su adherencia será presentado como *estilos relacionales*.

## **Metodología**

### **Pregunta de investigación**

Habiendo presentado a la HTA como un problema sanitario mundial, pasando luego por su desarrollo a nivel nacional y por las formas en las que se aborda su tratamiento tanto internacional como nacionalmente, es que se ha presentado la necesidad de promover un abordaje de la adherencia en tratamientos médicos de larga data de manera personalizada y no estandarizada. En este ejercicio, nos preguntamos ¿cuáles son los estilos relacionales que el equipo tratante podría adoptar, para acoplarse a las subjetividades de los pacientes con HTA, condensadas en voces pro y anti adherencia, en búsqueda de una interacción relacional que propicie o se aproxime a la mejora en la adherencia de estas personas a su tratamiento médico?, y en ese sentido, ¿cuáles son las voces pro y anti adherencia que estas personas diagnosticadas con HTA tienen respecto de su enfermedad y el tratamiento al cual se enfrentan?

### **Objetivos de la Investigación**

#### **Objetivo General**

- Levantar y proponer aproximaciones de estilos relacionales para los médicos, que sean útiles para el equipo tratante, en la búsqueda de una mejor adherencia al tratamiento médico.
- Explorar y describir las voces pro y anti adherencia que tienen los pacientes respecto a la Hipertensión Arterial (HTA) y su tratamiento.

#### **Objetivos Específicos**

- Explorar y describir las posiciones discursivas de los pacientes respecto de su enfermedad.

- Explorar y describir las posiciones discursivas de los pacientes respecto de su tratamiento.
- Categorizar dichas posiciones discursivas como voces pro adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial.
- Categorizar dichas posiciones discursivas como voces anti adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial.
- Proponer, en función de dichas voces, estilos relacionales para médicos que favorezcan la adherencia positiva al tratamiento médico.

### **Tipo y diseño de investigación**

Esta investigación, se adscribe a un proyecto investigativo sobre Pacientes con Hipertensión Arterial, compuesto por varias tesis de pre y post grado y liderado por la Tesis Doctoral sobre la “Cooperación y resistencia al tratamiento médico en pacientes hipertensos que requieren cambios en el estilo de vida” (Herrera, 2010)<sup>1</sup>.

Esta investigación consiste en un estudio de metodología cualitativa, y consta de un diseño no experimental, exploratorio y descriptivo. Esta opción metodológica fue utilizada debido a que permite responder de mejor manera a las interrogantes presentadas en este estudio, las que por sus características implican adentrarse en la subjetividad de los pacientes con hipertensión arterial.

---

<sup>1</sup> Doctorado en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg

La contribución particular de esta Memoria para optar al título de Psicólogo consiste en aumentar la riqueza de este proyecto, situadas en el levantamiento de las subjetividades de los pacientes diagnosticados con HTA y la importancia de su inclusión en el modelamiento de prescripciones y tratamientos, desde la propuesta de estilos relacionales particulares para médicos tratantes que busquen obtener una aproximación positiva de la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados con HTA.

### **Descripción de muestra**

La muestra estuvo compuesta por 51 personas pertenecientes al sistema sanitario público y privado de Santiago de Chile. Fue escogida intencionalmente, con el objeto de encontrar diversidad y representatividad respecto de los criterios de corte planteados.

Criterio de inclusión: Diagnóstico de HTA, entre 25 y 70 años de edad, nacionalidad chilena y residentes de la ciudad de Santiago; al menos 8 años de escolaridad, pertenecientes al sector público o privado de salud, autovalentes y que hayan comenzado voluntariamente el tratamiento médico con la data mínima de un mes.

Criterio de exclusión: Diagnóstico de pre-hipertensión; enfermedades psiquiátricas importantes, deterioro cognitivo y co-morbilidad actual con enfermedades agudas (no así crónica).

### **Instrumento de recolección de datos**

Los datos utilizados para esta investigación fueron recolectados por medio de entrevistas clínicas semi estructuradas, perfiladas en base a las necesidades de la investigación de referencia. Dichas entrevistas integraron un aspecto relacional y otro exploratorio específico, es decir, fueron diseñadas para facilitar la emergencia de la vivencia interna del sujeto, a la par de estar estructuradas en áreas temáticas de interés de la investigación. Junto con lo anterior, estas entrevistas fueron transcritas y algunas filmadas, con el objetivo de acceder al lenguaje verbal y no verbal de los entrevistados.

De todas las entrevistas realizadas, se seleccionaron aquellas secciones de los discursos en los que emergen temáticas o comentarios relacionados con las posiciones discursivas de los sujetos sobre la enfermedad, el tratamiento, y su relación con los equipos médicos tanto pasados como actuales; es decir, aquellas partes que describen las creencias y vivencias de las personas respecto del fenómeno de la HTA, y cómo se posicionan respecto a estos temas.

### **Técnica de análisis de datos**

La técnica utilizada para el análisis de datos fue la Teoría Fundamentada. Propuesta por Glaser y Strauss en la década de los 60', consiste en una metodología de análisis cualitativo, inspirada desde la Sociología y la Fenomenología (Glaser & Strauss, 1967). Fue escogida como técnica de análisis para esta investigación con la intención de mantener una cierta coherencia teórica con la propuesta epistemológica de la investigación.

La Teoría Fundamentada propone a su objeto de estudio (cualitativo) como un fenómeno complejo y entendible sólo desde un marco procesal, requiriendo de un acercamiento íntimo al fenómeno y direccionando la investigación hacia la comprensión de la realidad singular de los sujetos, desde su propia percepción y la significación de sus experiencias (Carvalho, Conceição, Leite, Lima, 2009).

De esta manera, la Teoría Fundamentada concluye con la construcción de un modelo conceptual que explique el fenómeno investigado “desde adentro”, en vez de utilizar otros modelos predeterminados, lo que supone un ejercicio continuo de hipotetización, relación de conceptos y construcción de categorías emergentes, entregando finalmente un corpus teórico que da cuenta de las particularidades de los fenómenos estudiados desde su “lógica interna” (Carvalho et al. 2009).

El procedimiento metodológico de la Teoría Fundamentada, entonces, realizado por un análisis mayoritariamente inductivo, se da por medio de un continuo análisis depurativo de los datos, que parte de una primera codificación de la información en categorías incipientes. Luego, procede a la utilización de esta codificación como hipótesis

del fenómeno, para a ser contrastadas por la nueva información recolectada y por el mismo análisis que se va haciendo de ellas. Esto lleva a un punto de saturación teórica en el cual se dan por sentadas ciertas categorías explicativas. De esta manera, la Teoría Fundamentada procede con una recolección y análisis simultáneo de los datos (Carvalho et. al. 2009).

Se distinguen entonces 3 aspectos básicos a seguir: la codificación y categorización de la información; el muestreo teórico, que implica el análisis de casos para la expandir y respaldar las categorías, y, finalmente, la comparación y relación constante entre las categorías. Aspectos que se dan simultánea o separadamente en 4 etapas diferentes: la codificación abierta de los datos; la codificación axial, formación de conceptos; la codificación selectiva, integrando y modificando conceptos; y finalmente, la delimitación teórica (Carvalho et. al. 2009).

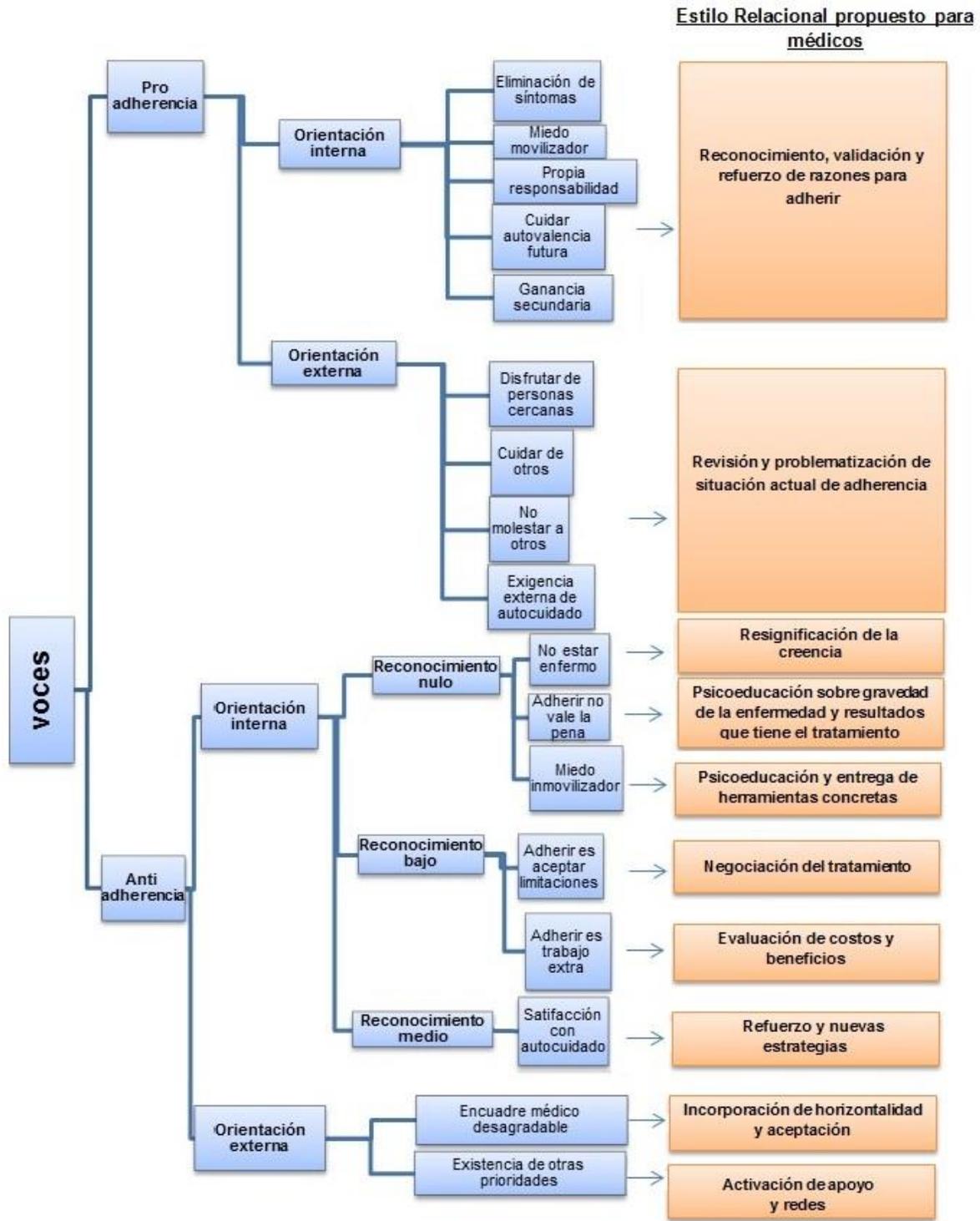
El presente estudio se realizó hasta la etapa de Codificación Abierta de la Teoría Fundamentada, que consistió en la organización inicial de los datos en categorías conceptuales que representan la complejidad de los significados que se intentan abarcar. Los datos se etiquetaron, separaron y finalmente se compararon.

## **Presentación de resultados**

A partir del análisis cualitativo de las entrevistas utilizadas para este trabajo, se distinguieron diferentes categorías que dan cuenta de las razones por las cuales los pacientes adhieren o no al tratamiento médico, divididas en voces pro adherencia y voces anti adherencia, respectivamente. La descripción de dichas categorías y sus subcategorías, permite entregar una mirada más global al fenómeno de la adherencia en pacientes con HTA, lo cual para objetivos de esta investigación, entrega el material necesario para la construcción y propuesta de aquellos estilos relacionales que podrían adoptar los médicos tratantes y que finalmente podrían promover una mejora en la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con esta enfermedad.

A continuación, se presentan y describen los estilos relacionales que podrían adoptar los médicos tratantes de hipertensión, que se delinearon como acoples interaccionales complementarios a las distintas posiciones discursivas o voces pro y anti adherencia que presentaron los pacientes diagnosticados con HTA respecto de su enfermedad, el tratamiento y los equipos médicos.

**Propuesta de Estilos Relacionales para médicos, en la promoción de la adherencia terapéutica, desde las teorías subjetivas de pacientes con HTA**



A continuación, se presentará el desglose del esquema anterior donde están los principales hallazgos de este estudio. A saber, los estilos relacionales **de reconocimiento, validación y refuerzo de razones para adherir** para las voces pro de orientación interna; **revisión y problematización de situación actual de adherencia** para las voces pro de orientación externa; **resignificación de la creencia** para la voz anti “no estar enfermo”; **psicoeducación sobre la gravedad de la enfermedad y los resultados que tiene el tratamiento** para la voz anti “adherir no vale la pena”; **psicoeducación y entrega de herramientas concretas** para la voz anti “miedo inmovilizador”; **negociación del tratamiento** para la voz anti “adherir es aceptar limitaciones”; **evaluación de costos y beneficios** para la voz anti “adherir es un trabajo extra”; **refuerzo y nuevas estrategias** para la voz anti “satisfacción con autocuidado”; **incorporación de horizontalidad y aceptación** para la voz anti “encuadre médico desagradable”; y **activación de apoyo y redes** para la voz anti “existencia de otras prioridades”.

**A. Voces Pro Adherencia con Orientación Interna: Estilo relacional de reconocimiento, validación y refuerzo de razones para adherir**

Para esta voz, la propuesta es un estilo relacional que sería complementario a lo que los pacientes presentan en sus discursos, lo cual se verá en los siguientes párrafos.



Las voces pro adherencia corresponden a aquellos discursos que condensan las razones más comunes por las cuales para los pacientes es bueno adherir.

Dentro de las voces que dan cuenta de la importancia de adherir al tratamiento, se encuentran aquellas que ponen énfasis en una orientación de carácter interna, es decir, enfatizan en objetivos orientados hacia la búsqueda del bienestar personal, sin estar éstas mediadas por las opiniones o necesidades de terceras personas (como familiares, entorno, etc.).

En función de esta subcategoría, las motivaciones internas más comunes en los discursos de los pacientes respecto al tratamiento de la hipertensión son: la *eliminación de síntomas*, el *miedo movilizador*, la *propia responsabilidad* ante el tratamiento, la necesidad de *cuidar auto valencia a futuro* y la oportunidad de obtener una *ganancia secundaria* con la adherencia al tratamiento.

A.1. Eliminación de síntomas: Pacientes relatan que una motivación para adherir es la disminución de aquellos síntomas que atribuyen a alzas o bajas de presión, siendo ésta una evidencia concreta de la importancia de seguir el tratamiento dado (medicamentos, dieta, ejercicio, etc.), a pesar que esta enfermedad es descrita como asintomática.

A.2 Miedo movilizador: Uno de los discursos observados en las entrevistas es la necesidad de evitar las posibles enfermedades o consecuencias asociadas a la hipertensión como una de las motivaciones para adherir al tratamiento. Estos pacientes sienten miedo al conocer la gravedad de dichas enfermedades, movilizándolos hacia la adherencia al tratamiento.

A.3 Propia responsabilidad: Algunos pacientes asumen que la responsabilidad en la adherencia al tratamiento recae en ellos mismos, ya que no creen que puedan delegar esta tarea a otros. Este discurso sigue la lógica de “si yo no me cuido, entonces ¿quién lo hará por mí?”, observándose la necesidad de independencia de otros. La ayuda externa es efectiva si es de carácter informativa.

A.4 Cuidar auto valencia a futuro: Para estos pacientes adherir significa poder mantenerse en buenas condiciones por un largo tiempo. En este sentido, consideran la adherencia al tratamiento como una posibilidad de extender su esperanza de vida y de mantener la auto valencia a lo largo de ésta. No sienten un miedo particular respecto a la enfermedad, pero sí tienen conciencia de que es una enfermedad de cuidado y que puede arrebatarles parte de su autosuficiencia.

A.5 Ganancia secundaria: Pacientes que relatan obtener beneficios que van más allá de la mantención de una presión normal, como baja de peso, ganar agilidad, sentirse más activos, junto con aprender a comer más sano, participar de grupos sociales, recibir cuidado, etc. Estos beneficios refuerzan la motivación de adherir.

Una vez analizadas las categorías que se incluyen dentro de las voces pro adherencia, se llegó a la conclusión de que la existencia de este tipo de voces da cuenta ya de una adherencia positiva, por lo que el estilo relacional óptimo para este tipo de voz no presenta mayores diferencias en lo particular de cada categoría. Por lo tanto, se llega a la conclusión que el estilo relacional que se debiese adoptar es aquel que reconozca, valide y refuerce la aparición de dichas voces.

En relación a lo anterior, todas las voces pro que son posibles de ser reconocidas con una orientación interna deben ser validadas por el médico y al mismo tiempo reforzadas por éste, como una manera de mostrar al paciente que las razones por las cuales considera que está bien adherir, son correctas, y que en ese sentido, el tratamiento médico seguirá en función de esas razones como directrices. De esta manera, el médico crea una alianza con el paciente, en la que éste es asesorado por el especialista respecto a los pasos que favorecen alcanzar las metas propuestas. Este estilo relacional resultaría útil ya que la adherencia se concreta desde la subjetividad y el accionar individual del paciente, por lo que si la motivación por la adherencia terapéutica está situada desde y para el interior del sujeto, ha de ser más estable, en el sentido de que está menos sujeta a eventualidades que escapen del control de la persona.

## **B. Voces pro Adherencia con Orientación Externa: Estilo relacional de revisión y problematización de situación actual de adherencia**

Para esta voz, la propuesta es un estilo relacional que sería complementario a lo que los pacientes presentan en sus discursos, lo cual será descrito en los párrafos a continuación.



Sumado a las voces de orientación interna, se encuentran aquellas que ponen énfasis en una orientación externa, es decir, que enfatizan lo positivo de adherir en función de la motivación a la acción orientada hacia otros. En este sentido la motivación externa a adherir se ve marcada por elementos o situaciones externas al sujeto.

Dada esta subcategoría, se distinguieron cuatro voces que aparecen más comúnmente en los discursos de los pacientes con hipertensión. Estas son, la necesidad de *disfrutar de personas cercanas*, la necesidad de *cuidar de otros*, el *no molestar a otros* y la *exigencia externa de autocuidado*.

B.1 Disfrutar a otros: Este discurso se observa en pacientes que describen como un beneficio del tratamiento el poder estar cerca de su familia por más tiempo. Los pacientes que adscriben a este relato explican que adherir al tratamiento permite estar mucho más tiempo con sus personas más cercanas, o bien, de poder disfrutar de situaciones o momentos que disfrutaban.

B.2 Cuidar de otros: Para algunos pacientes es importante poder estar presente y en buenas condiciones para poder cuidar de la gente más cercana. Son pacientes que se encuentran a cargo de otros, y que consideran que si no se encuentran en condiciones físicas adecuadas, no van a poder cumplir con su cuidado.

B.3 No molestar a otros: Algunos pacientes describen la no adherencia al tratamiento como la posibilidad de ser una carga para otros, especialmente para los más cercanos. La adherencia es una manera de ahorrarles eventuales dificultades o molestias a estas personas.

B.4 Exigencia externa de autocuidado: Este discurso emerge en pacientes que sienten la presión de familiares u otros cercanos que les piden que se cuiden, asistan a tratamiento y se tomen los medicamentos. Son pacientes que por sí mismos no se cuidarían, pero que lo hacen porque sus seres queridos así se lo piden.

Al igual que las voces con orientación interna, las voces con orientación externa debiesen ser reconocidas y validadas por el médico tratante, con el propósito de incluirlas posteriormente en la construcción del tratamiento antihipertensivo como una variable que interviene en la adherencia al tratamiento. Junto con ello, estas voces debiesen ser reforzadas en la medida en que se constate que han de ser útiles en el proceso de adherencia, ya que este tipo de orientación agrupa categorías que hablan de factores externos y la acción motivada por otros (que por tanto podrían dejar de estar presentes), es decir, por factores cuya estabilidad en la vida de los sujetos no está asegurada. Por lo tanto, el médico podría problematizar qué tan importante es adherir motivados por terceros, con el propósito de ofrecer una perspectiva distinta de cómo ver el tratamiento, es decir, como un proceso que es posible e incluso positivo de ver como un trabajo personal, que promueve el autocuidado (¿si no hay nadie por quien adherir, no adhieres?; ¿si no hay nadie que te obligue y te incite a adherir, no adhieres?).

### **C. Estilos relacionales para Voces Anti Adherencia con Orientación Interna**

Siguiendo con el desglose de los resultados, a continuación se presentarán los estilos relacionales propuestos para cada manifestación de voz anti con orientación interna.

Las voces anti adherencia corresponden a aquellos discursos que condensan las razones más comunes por las cuales para el paciente no es bueno ni conveniente adherir.

Dentro de estas voces se encuentran aquellas que ponen énfasis en una orientación de carácter interna, es decir, que dan cuenta del nivel de reconocimiento e integración de la enfermedad en sus vidas. En este sentido, la orientación interna describe de qué manera el paciente se relaciona con la enfermedad, diferenciándose tres niveles de integración: *reconocimiento nulo*, *reconocimiento bajo* y *reconocimiento medio* de la gravedad de la enfermedad, dentro de los cuales se manifiestan distintos tipos de voces.

Dada las categorías que se incluyen dentro de las voces anti adherencia, se llegó a la conclusión de que la predominancia de estas voces generaría una adherencia negativa. Teniendo esto en consideración, se formuló que el estilo relacional óptimo que podrían adoptar los médicos tratantes tras lograr pesquisar este tipo de voces en su relación con paciente, es la de su inclusión y validación dentro de la misma relación, para luego buscar su resignificación. Esto implica una reformulación de dichas voces, presentando nuevas perspectivas que las reorienten hacia una mejor adherencia. Proceso que resultaría particular, dependiendo de cómo se manifieste la voz anti, por lo que se propuso un estilo relacional particular para cada tipo de voz. Estos estilos mantienen la idea de utilizar la psicoeducación como técnica, pero cambiando entonces su objetivo y la forma de llevarla a cabo de acuerdo al tipo de voz que surja.

### C.1 Reconocimiento nulo de la gravedad de la enfermedad

Se procederá entonces a presentar los estilos propuestos para las distintas voces anti adherencia de orientación interna y con reconocimiento nulo.



Dentro de los discursos de los pacientes que justifican su no adherencia al tratamiento, se encuentra el no reconocimiento de la hipertensión como una enfermedad de cuidado. Los pacientes no consideran la adherencia como una posibilidad en sus vidas, ya que no identifican dificultades graves asociadas a la enfermedad, o bien, lo son tanto que prefieren ignorarlas completamente, cuestión que la patología, al ser asintomática, se los permite con mayor facilidad.

En esta categoría, se distinguieron tres discursos que se manifiestan de manera común en los pacientes; la sensación de *no estar enfermo*, sentir que *no vale la pena adherir*, y finalmente la idea de que *no quieren y no pueden adherir, por miedo inmovilizador* al tratamiento indicado.

C.1.1 *No estar enfermo: Estilo relacional de resignificación de la creencia:* Existen algunos pacientes que, a pesar de tener un diagnóstico de hipertensión arterial, no se consideran enfermos. Esto se debe a que la enfermedad no les genera ningún problema en su vida, situación que les hace pensar que no es necesario adherir a un tratamiento médico.

Ante la negación de la patología y por lo tanto, ante la no necesidad de adherir a algún tratamiento médico que los ayude con su hipertensión, se propone que el médico tratante adopte un estilo relacional orientado hacia la resignificación de esta creencia por medio de una psicoeducación que tenga énfasis en las características de la enfermedad que la hacen una patología grave, cuál debe ser tratada, junto con enfatizar en las consecuencias negativas del no cuidado de ésta. Dicha psicoeducación se debería dar por medio de un contraste entre la creencia del sujeto con los datos duros existentes sobre la HTA. Así, esta acción revelaría aquellas inconsistencias en el discurso del paciente que no le permitirían asumir que sí padece una enfermedad que requiere de cuidado constante.

La psicoeducación propuesta debe ser cuidadosa en respetar la libertad y las opciones de vida que ha tomado el sujeto, ya que una psicoeducación abordada desde la confrontación podría volverlo reticente al trato con el médico, puesto es un sujeto que desde su vivencia “no está enfermo”, y por tanto, no está consciente de todas las cosas que ello implica. Es decir, debe ser una confrontación delicada que dé por hecho la comprensión de la vivencia del paciente como una vivencia legítima, y que incite a la responsabilización del sujeto por medio de la concientización de los riesgos efectivos de su conducta no adherente, y no una imposición que establezca un ambiente relacional vertical teñido por el autoritarismo. Este estilo relacional tiene como intención última el generar conciencia de la enfermedad en el paciente, para luego ir acomodando este nuevo panorama en su vida, y así posteriormente desde este acomodo ir construyendo un plan de tratamiento ajustado a las necesidades del paciente.

C.1.2 Adherir no vale la pena: Estilo relacional de psicoeducación sobre la gravedad de la enfermedad y los resultados que tendría el tratamiento: Estos pacientes están en conocimiento de su enfermedad, pero la integran como algo que es imposible de cambiar, por lo que adherir a un tratamiento médico se hace innecesario, es inútil y no vale la pena. En este sentido el paciente decide no preocuparse por su enfermedad y sigue su vida sin modificaciones que promuevan el autocuidado.

Estos pacientes son identificados con una baja integración de la enfermedad, pero que sin embargo sí están en conocimiento de su gravedad, consignándola como algo

imposible de cambiar. Ante esto, el médico tratante, en la búsqueda de una mejor adherencia al tratamiento, debiera relacionarse con el paciente desde un estilo relacional que incorpore una psicoeducación orientada en generar conciencia en el paciente respecto de las características documentadas que se tienen de la HTA (enfermedad silenciosa pero peligrosa; enfermedad crónica pero manejable). Junto con ello, es importante que el médico tratante complementa este estilo relacional con un discurso que muestre al paciente que a pesar de las dificultades que tiene la enfermedad, él sí está capacitado para cuidarse, como una manera de empoderarlo en un rol agente. En este sentido, junto con promover las habilidades que tiene el paciente de hacerse cargo de su salud, ofrecerle toda la ayuda necesaria para llevar a cabo un tratamiento acorde a sus necesidades.

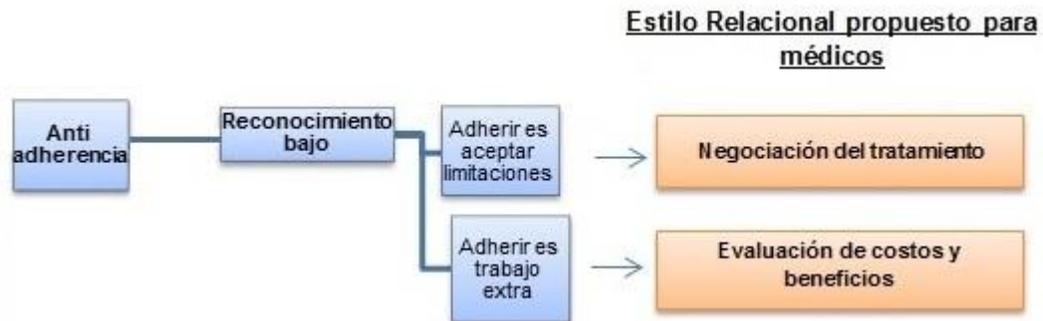
En este estilo relacional prima la necesidad de mostrar al paciente de la capacidad que tiene de hacerse cargo de la enfermedad, que los cuidados necesarios no están fuera de su alcance, y que al contrario de lo que él piensa, sí es posible generar cambios que modifiquen el curso de la enfermedad.

*C.1.3 Miedo inmovilizador: Estilo relacional de psicoeducación y entrega de herramientas concretas:* Algunos pacientes consideran que la enfermedad es muy abrumadora, por lo que deciden ignorarla, lo cual es bastante posible al ser la HTA asintomática. El miedo que provoca tener esta enfermedad, o bien el sufrir sus consecuencias, les hace sentirse sobrepasados, a la vez inmovilizándolos, por lo que para evitar tal ansiedad optan por no preocuparse de ella.

Ante estos pacientes, el médico tratante debiese adoptar un estilo relacional teñido por una actitud orientada hacia el empoderamiento del paciente, sin deslegitimar la posición que tiene éste respecto de su enfermedad, haciéndolo ver que la HTA es posible de ser controlada. Para ello, el médico debiese entregar herramientas concretas que permitan al paciente hacerse cargo de esta patología, mostrando la posibilidad de recibir ayuda experta, sin tener que depender estrictamente de ello, reiterando la controlabilidad del padecimiento y el grado de éxito que tienen los tratamientos antihipertensivos bien hechos y bien llevados, a través de datos y estrategias concretas.

## C.2 Reconocimiento bajo de la gravedad de la enfermedad

A continuación, se presentarán los estilos relacionales propuestos para las distintas manifestaciones de la voz anti adherencia con orientación interna y reconocimiento bajo.



Los discursos que se adscriben a esta categoría, corresponden a aquellos pacientes que reconocen la hipertensión arterial como una enfermedad, pero consideran que su cuidado les genera mayores costos que beneficios en su vida.

Dentro de esta categoría se distinguieron dos subcategorías de acuerdo a los discursos más comunes en estos pacientes, dando cuenta que la *adherir es aceptar limitaciones*, y que *adherir significa un trabajo extra*.

### C.2.1 Adherir es aceptar limitaciones: Estilo relacional de negociación del tratamiento:

Este discurso aparece en pacientes que consideran su adherencia como un costo muy alto en sus vidas, puesto que existen cosas a las que deben renunciar, y no están dispuestos. Así, adherir para estos pacientes implica someterse a reglas y por lo tanto esclavizarse, dejar de tener una vida normal, perdiendo de esta manera la propia libertad y vitalidad, entre otras cosas.

Ante este tipo de pacientes, se propone que el médico tratante adopte un estilo relacional que reconozca y valide tales consideraciones como legítimas, pero enfatizando que todas las restricciones pueden ser conversadas en la medida en que se valla construyendo un tratamiento que se adecúe a sus necesidades. La consigna que el

médico debiese mantener es que las limitaciones que podrían significar los tratamientos no son rígidas o inmodificables, por el contrario, existen diversas formas de enfrentarse a ellas, por lo que la construcción del tratamiento se ira negociando tanto en un comienzo como en el transcurso del tiempo, para así incluir los gustos, motivaciones y dificultades del sujeto respecto de su enfermedad, a la par de practicar una psi coeducación orientada en la concientización de que las limitaciones fundadas en aceptar e integrar a la patología en la vida, pueden no ser tan grandes como las limitaciones efectivas que las consecuencias de su no cuidado pueden generar.

#### C.2.2 Adherencia es trabajo extra: Estilo relacional de evaluación de costos y beneficios:

Pacientes que consideran la adherencia al tratamiento como una inversión de energía más grande que la habitual, transformándose a así en una dificultad o molestia en su vida, un cansancio que finalmente consideran poco beneficioso, llegando a evitar el tratamiento o gran parte de los cuidados necesarios para regular la enfermedad.

Ante pacientes que consideran la adherencia al tratamiento como un trabajo más que no se está dispuesto a hacer porque implica tiempo y energía que no se quieren entregar a dicha tarea, se propone que el médico tratante adopte un estilo relacional que dé cabida a estos reparos, y que, al mismo tiempo, pueda mostrar opciones que permitan al paciente adecuar sus hábitos desde la negociación orientada a la promoción de la salud. Es importante que este ejercicio sea acompañado con crear un espacio en el que se puedan identificar los pros y contras subyacentes en el trabajo que implica adherir, en el intento de hacer ver que ciertas conductas de adherencia no consisten en mayor dificultad, o bien que no constan de mayor dificultad que alguna u otra consecuencia asociada al descuido de la HTA.

### C.3 Reconocimiento medio de la gravedad de la enfermedad

A continuación, se presentará el estilo relacional para la voz anti adherencia con orientación interna y reconocimiento medio.



Esta categoría emerge desde los discursos de pacientes que conocen que la hipertensión arterial es una enfermedad y que requiere cuidado. Estos pacientes reportan cuidarse, pero tienen conciencia de que también es posible ser más rigurosos con ello. Sin embargo, consideran que no ha sido necesario tener más cuidados de los que ya implementan.

Dentro de esta categoría se distinguió una subcategoría más específica, calificada como una *satisfacción con el autocuidado* llevado por el paciente.

#### C.3.1 Satisfacción con autocuidado: Estilo relacional de refuerzo y nuevas estrategias:

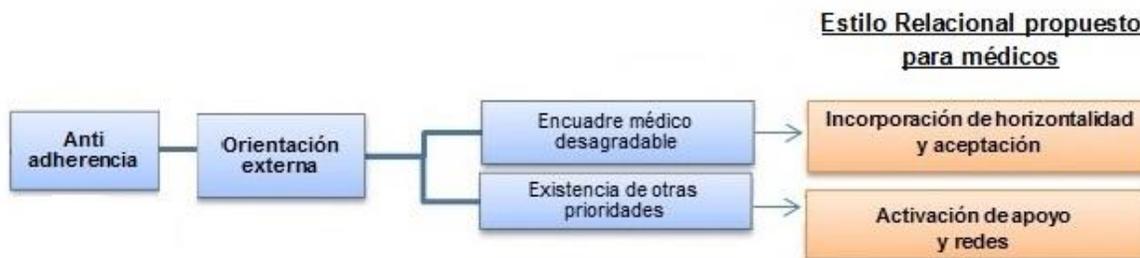
Para estos pacientes resulta suficiente el nivel de adherencia que están teniendo. Si bien saben que pueden cuidarse aún más, sienten que no es necesario. Están contentos con su grado de adhesión, lo consideran adecuado, por lo tanto no harán nada para modificarlo.

Ante estos pacientes, el médico tratante debiera adoptar un estilo relacional que reconozca y refuerce los avances logrados, pero que a su vez, pueda abordar aquellos aspectos de la adherencia que podrían mejorarse. En este sentido, el médico debe reconocer, validar y reforzar lo ya hecho por el paciente, pero al mismo tiempo debería entregar nuevas estrategias que ayuden al paciente a ver, desde un trato horizontal y cercano, que es bueno ir reevaluando cada cierto tiempo las prácticas que se tienen respecto al autocuidado, con el fin de que el paciente encuentre un sentido a seguir

controlándose con el equipo médico, y en ese sentido, problematizar los cuidados que el paciente practica y si es que resultan ser insuficientes.

#### **D. Estilos relación de Voces Anti con Orientación Externa**

Siguiendo con el desglose de los resultados, se procederá a presentar los estilos relacionales propuestos para cada manifestación de voz anti con orientación externa.



Dentro de este tipo de voces se encuentran los discursos de pacientes que identifican la orientación hacia factores externo, en rigor, la existencia de situaciones o ámbitos de su vida que imposibilitan su adherencia al tratamiento, ya sean estas situaciones materiales, como poca accesibilidad al sistema sanitario, problemas financieros, o relacionales emocionales, como problemas familiares o repudio por lo médico. Estos factores los describen como situaciones que no son posibles de ser manejadas, ya que no son de su exclusiva responsabilidad.

Las temáticas más comunes encontradas en los discursos de estos pacientes son el *encuadre médico desagradable* y la *existencia de prioridades situacionales*

**D.1 Encuadre médico es desagradable: Estilo relacional de horizontalidad y aceptación:** Pacientes relatan desagrado por el encuadre médico, bien sea por miedo o incomodidad, de manera tal que rehúyen de toda situación que implique el trato con médicos, o intervenciones terapéuticas. Estos pacientes en su mayoría han vivido malas experiencias con equipos médicos, debido a lo cual consideran que no es útil hacer uso o

acercarse a estos espacios, ya que los equipos no son capaces de entregar los cuidados y recomendaciones que necesitan, o bien, que lo hacen de mala manera, maltratándolos.

Ante pacientes que relatan su desagrado por el encuadre médico, se propone un estilo relacional caracterizado por la horizontalidad, en el cual el médico dé cuenta al paciente que si bien estas experiencias previas han marcado su opinión de lo médico, en esta oportunidad ello no tiene por qué ser así. La consigna es hacer ver al sujeto cómo en esta nueva relación terapéutica está instalada y garantizada su inclusión en la construcción del tratamiento, junto también el respeto por su persona, tratando de ganarse la confianza del sujeto a través de la ruptura en la continuidad de sus creencias, a través del ofrecimiento de un encuadre amigable, y una relación terapéutica que no es amenazante, si no que constructiva y a su propio servicio.

*D.2 Existencia de prioridades situacionales: Estilo relacional de apoyo y activación de redes:* Dentro de los discursos de estos pacientes, se encontró la existencia de distintas situaciones, ámbitos, o problemáticas que cobran mayor importancia que la adherencia al tratamiento médico de la hipertensión. Para ellos, existen otras esferas que se anteponen al cuidado de la salud o bien a la adherencia, pudiendo ser éstos emocionales, como mal entorno familiar o vincular, VIF; o materiales, como es el tener un trabajo absorbente, falta de tiempo, de dinero, entre otros.

Ante pacientes que dicen vivir situaciones o problemáticas que en el presente cobran mayor importancia que la adherencia, se propone que el médico adopte un estilo relacional de contención que haga inclusión de estas variables intervinientes ofreciendo una red de apoyo adecuada a sus necesidades. En el caso de ser necesario, proponer un abordaje multidisciplinario en conjunto con otros profesionales. A la par, el médico debe intentar hacer ver la enfermedad como algo que puede caber en la forma de vida del paciente, y que bien puede no convertirse en un factor de trabajo o desmejora, si no de mejoría en su calidad de vida, a la par de recalcar que de ninguna forma ello ha de ser incompatible con otros aspectos de su vida, y que el servicio médico está a su servicio para alcanzar eso mismo.

## Discusión, Conclusiones y Proyecciones

A continuación se resumirán los principales hallazgos de la presente investigación, para luego reflexionar sobre las razones que justifican la utilidad de los estilos relacionales presentados, como una propuesta para que los médicos los consideren e incluyan de manera activa en su relación terapéutica.

En primer lugar, los estilos relacionales que emergen de este trabajo corresponden a *reconocimiento, validación y refuerzo de razones para adherir y revisión y problematización de situación actual de adherencia* para las voces pro adherencia. En el caso de las voces anti adherencia y sus distintos grados de reconocimiento de la enfermedad, los estilos relacionales que se proponen son: *resignificación de la creencia; psicoeducación sobre la gravedad de la enfermedad y los resultados que tiene el tratamiento; psicoeducación y entrega de herramientas concretas; negociación del tratamiento; evaluación de costos y beneficio; refuerzo y nuevas estrategias; incorporación de horizontalidad y aceptación, y finalmente activación de apoyo y redes.*

Dicho esto, los resultados obtenidos por este trabajo y el resto de aquellos que forman parte de este proyecto de investigación dan cuenta de la complejidad del fenómeno de la adherencia, revelando a su vez que dichos resultados no son una respuesta definitiva al problema de la no-adherencia terapéutica, sino que consisten en diferentes acercamientos útiles para el esclarecimiento y mejor entendimiento de este fenómeno.

Una de las reflexiones más significativas sobre los hallazgos compuestos por los diversos estilos relacionales es la utilidad de incorporar, por parte del médico, las actitudes de *reconocimiento* de las voces pro o anti adherencia, en tanto pesquisa de su presencia, de *validación*, en tanto su legitimación dentro de la relación y, en ciertos casos, según corresponda, de *reforzamiento* y de *resignificación* al momento de incorporar las vivencias de los sujetos en la construcción de los tratamientos.

Por otro lado, se constató que existe gran heterogeneidad de voces en la gran mayoría de los sujetos entrevistados, de manera tal que el médico debiese reconocer la jerarquía de las mismas dentro del sistema de creencias de los pacientes, identificando entonces las que priman para acoplarse intencionalmente a ellas y concederles un espacio fundamental en la construcción conjunta de los tratamientos médicos.

En este sentido, también se constató que efectivamente existen voces que podrían ser tildadas de “irracionales”, y que atentan contra el ideal de salud, pero que operan sustentando y dando sentido a la conducta no adherente, lo que en términos relacionales implica que el médico, para poder aumentar las posibilidades de una buena adherencia, deberá considerarlas y no suprimirlas, tomando el entramado de creencias que subyace a ese discurso para así propiciar el desarrollo de nuevos modelos explicativos que orienten a los pacientes a nuevas acciones en promoción de su salud.

Desde la perspectiva de los mismos pacientes, todos estos son elementos considerados como faltantes, reclamando al mismo tiempo por los altos grados de directividad a los que se ven expuestos. Dado esto, y desde nuestra perspectiva, la incorporación de las actitudes de *reconocimiento, validación, reforzamiento y/o resignificación* en la relación del médico con su paciente le reservaría a este último un lugar privilegiado en la co-construcción de un tratamiento personalizado, aumentando así la calidad del vínculo terapéutico, gracias al reconocimiento e inclusión del paciente como un otro validado y respetado. Esto fomentaría la calidad del tratamiento, ampliando su complejidad y disminuyendo su posibilidad de fracaso, ya que las apreciaciones del paciente sobre su enfermedad dan cuenta de cómo dicho paciente se desenvuelve en el mundo y cuáles son sus límites y posibilidades al momento de enfrentarse a esta enfermedad.

### **Adherencia como fenómeno relacional**

Muchos modelos han sido propuestos y utilizados en la literatura para explicar la adherencia a los tratamientos médicos, en los que se identifican factores relacionados al paciente, el tratamiento, la enfermedad y la relación médico-paciente (OMS, 2004; MINSAL, 2010). Sin embargo, a pesar de la variada cantidad de modelos existentes (Ortiz

y Ortiz, 2007), algunos de los más utilizados son criticados por simplificar el abordaje de la adherencia, centrándose en la idea de que las personas realizan siempre un procesamiento racional de la información que reciben tanto de la enfermedad como del tratamiento, dejando atrás factores emocionales que modifican la conducta, como por ejemplo el miedo (Piña & Rivera, 2006; Roales, Nieto, 2003).

En este sentido, la efectiva incidencia de los factores emocionales fue observada en las entrevistas analizadas como argumentos de peso para inclinarse por un grado de adherencia, donde pacientes explicaban, por ejemplo, que debido al *miedo inmovilizador* que les generaba saber que tienen hipertensión tomaban la determinación de no adherir, mientras que otros se mostraron motivados a adherir porque de esa manera podían estar y sentirse bien para poder *cuidar de otros*.

Las teorías y modelos más tradicionales sobre el fenómeno de la adherencia – a saber: teoría social cognitiva, teoría de la acción razonada, modelo de creencia en salud, modelo transteórico y modelo de información-motivación-habilidades conductuales- tienden a configurar la conducta no adherente como un problema que recae en creencias o preferencias irracionales que deben ser erradicadas. Dada esta premisa, la no-adherencia no es una expresión constitutiva del fenómeno, sino una conducta desviada e indeseada, por lo que el médico debiese enfocarse en combatir estas creencias negativas y reforzar las motivaciones del paciente para adherir. Pero como ha sido mencionado, los argumentos racionales y conscientes no son suficientes por si solos para explicar y aún menos cambiar la conducta adherente de los pacientes (Britt, Hudson, & Blampied 2004, en Herrra 2010). En correspondencia con esta reflexión, desde el modelo narrativo y las teorías subjetivas se propone que todas las conductas de un sujeto son propias de él mismo, en tanto tendrían su fundamento particular en la propia subjetividad de la persona y su sistema de creencias. A partir de esto y en consonancia con lo esbozado en esta memoria, Herrera (2010) plantea que es necesario reformular la manera tradicional de entender el fenómeno, puesto que aún existen altas tasas de ambivalencia y deserción terapéutica.

Desde la mirada de este proyecto de investigación, Herrera (2010) propone dos cambios en la manera tradicional de conceptualizar la adherencia terapéutica:

1. En vez de entenderla como un fenómeno individual y localizado en el paciente, entenderla como un fenómeno relacional que no puede ser analizado independiente del contexto del tratamiento y de la interacción con los médicos cuidadores.
2. En vez de considerarla de forma absoluta como una respuesta positiva, considerarla como un continuo, que fluctúa desde la adherencia positiva a la adherencia negativa, comprendiendo ésta última como una respuesta adaptativa y valiosa, coherente con las construcciones de realidad del sujeto, y con los recursos psicológicos y posibilidades disponibles para el sujeto en ese momento puntual.

De esta manera, se comprende al fenómeno de la adherencia como un emergente de la relación médico-paciente, que incluiría en ello todo lo involucrado en esta díada: el sistema de creencias del paciente y del médico, los modos interaccionales que ambos se proponen mutuamente, las claves contextuales institucionales y de la vida del sujeto, las motivaciones para la adherencia o la no adherencia, etc.

Desde esta perspectiva, entonces, no se hablará más de pacientes no adherentes de manera genérica, sino de pacientes no adherentes a una intervención determinada o a un estilo relacional específico, ya que un sujeto que puede ser resistente a un tipo de intervención, puede ser cooperativo con otra. Esto se presentó en los discursos de algunos pacientes que argumentaban sobre el haber respondido distintamente a sus tratamientos médicos de haber tenido un encuentro distinto con el equipo médico. Es por esto que los hallazgos de este estudio responden justamente a nuevos estilos relacionales que puedan contribuir a las formas de adherir que presentan estos pacientes.

A la par, se entiende que si se desestima o combate la voz anti intentando anularla de manera tajante, puede que ésta se haga más fuerte, protegiendo aquello que la voz “defiende”, puesto que toda voz, todo posicionamiento discursivo tiene un trasfondo y sentido particular para el sujeto que la emite (Herrera, 2010). Esto queda plasmado en las intervenciones directivas sobre pacientes con una fuerte presencia de voz anti adherencia

*adherir es aceptar limitaciones*, cuales en muchos casos hicieron que estos pacientes se replegaran y no adoptaran las consideraciones médicas, no adhiriendo a sus tratamientos.

### **Toda voz cuenta algo**

Con el objetivo de acceder a las razones por las cuales los pacientes diagnosticados con HTA consideraban que es bueno o malo adherir, se realizó un escrutinio de las entrevistas realizadas, dirigido a agrupar las temáticas que recurrentemente solían ponerse en juego cuando una persona se enfrentaba a esta patología. Esta agrupación entregó diferentes motivaciones para adherir, que operaban con distintos grados de relevancia al momento de que los sujetos justificaran su adherencia efectiva.

Debido a esto, se concluye que tanto las voces pro adherencia como las anti adherencia, en sus distintas manifestaciones, son una patente demostración de que los sujetos sí tienen opiniones particulares sobre el hecho de encontrarse enfermos y tener que hacerse cargo de ello. Que una persona entonces elija entre una razón u otra para adherir no es azarosa, sino más bien es una representación de cómo el paciente organiza su mundo.

Por lo tanto, en la búsqueda de una mejora en la adherencia de los pacientes hipertensos a sus tratamientos médicos, se hace importante tener en consideración las diferentes manifestaciones de ambas voces, con el propósito de saber cómo es que éstas se posicionan a diferentes momentos y contextos, y así entonces poder hacer una intervención terapéutica que las incluya.

Frente a esto, resulta deber del médico buscar acoplarse a dichos argumentos de manera proactiva, es decir, con la flexibilidad suficiente para amoldarse a las necesidades del paciente. No sólo es necesario entonces evaluar la conducta observable del paciente, sino escudriñar en las creencias que la fundamentan, tanto positivas como negativas o pro y anti adherencia, analizar el contexto interaccional y la relación que se tiene con el equipo médico.

Es por esta razón que la presentación de resultados fue estructurada desde los diferentes tipos de voces: para esquematizar y diferenciar las razones por las cuales los sujetos se situaban en el continuo de la adherencia, y desde ellas, poder proponer esquemas relacionales concretos que den luces respecto a qué elementos considerar en la relación médico-paciente, con el propósito de construir un tratamiento médico ajustado a las voces subyacentes en los discursos de sus pacientes.

Los resultados presentados en esta memoria, por ende, consisten en una exposición descriptiva y más concreta respecto de cuales han de ser los pasos a seguir cuando el equipo médico se enfrenta a ciertas actitudes y creencias del paciente, cuestiones que fueron ampliamente exploradas por los trabajos de Herrera (2010), Escobar (2012) y Martínez (2012).

### **Tratamientos Personalizados**

Así como Escobar (2012) plantea que para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento de la HTA es necesario diseñar intervenciones dirigidas a cada tipo de pacientes (incorporando sus recursos personales, motivaciones y estilo de relación que se establece con el equipo médico), los estilos relacionales planteados en esta Memoria surgen como una manera de dar un paso más hacia la construcción de una guía concreta que permita al equipo médico aprovechar al máximo las instancias en las que se da la relación entre él y su paciente.

En otras palabras, los resultados aquí expuestos respecto a la construcción de estilos relacionales predeterminados en función de las voces emergentes en la relación médico-paciente, llevan a la práctica lo planteado por la OMS (2004) respecto a que el aumento de la efectividad en la implementación de las intervenciones puede tener mucho más impacto que las mejorías en la efectividad de los tratamientos.

Como dice Escobar (2012), cada paciente responderá como pueda a las intervenciones médicas que se enfrente, razón por la cual la comprensión de la adherencia como un fenómeno en el que se expresa el significado de adherir, en relación a la interacción con el equipo médico, podría ser de gran ayuda si entonces

se diseñaran intervenciones dirigidas a comprender las creencias y aspectos de la vida del paciente que influyen en cómo éste genera una postura frente a su condición de hipertenso y se trabajaran en conjunto, postulamos que el problema de la baja adherencia, en gran medida, se podría resolver (Martinez, 2012 p.85).

En el presente estudio, y tomando las palabras de Martínez, los estilos relacionales fueron contruidos a partir de las razones personales que los pacientes declararon tener tanto para adherir como para no hacerlo. Un ejemplo de ello es el estilo relacional de *psicoeducación sobre la gravedad de la enfermedad y los resultados que tiene el tratamiento* propuesto para que el equipo médico lo adopte en los momentos en que emerge la voz del paciente que dice *adherir no vale la pena*. Este estilo relacional, sin embargo, no debiera ser adoptado como un modelo inequívoco, sino como una guía para asistir el abordaje de la no adherencia bajo el apareamiento de dicha voz.

De lo anterior se desprende que no es productivo para la promoción positiva de la adherencia utilizar la misma intervención indiscriminadamente, aunque varios de los estilos relacionales propuestos sean comprensivos e integradores. Por ejemplo, con un paciente al cual la enfermedad le produce un gran miedo y con otro que declara que los cuidados de la enfermedad le significan un trabajo extra. Esto, porque la necesidad subyacente que se presenta en el primero es que el médico enfatice en la idea de que la enfermedad es posible de ser manejada, mientras que en el segundo la necesidad implícita en el discurso es que el médico pueda, mediante análisis de costos y beneficios en conjunto con el paciente, mostrarle que a largo plazo el cuidado genera más beneficios que costos. En esa línea, se concluye entonces que las intervenciones psicoeducativas centradas en dar a conocer las consecuencias negativas de no adherir al tratamiento, y que buscan concientizar a través del miedo, no funcionarían para todos los pacientes, sino sólo a una parte de ellos, ya que mientras hay quienes necesitan de asustarse para generar concientización de los riesgos efectivos de la patología, otros requerirán de apoyo y contención, y otros de libertad y autogestión.

Continuando con esta línea argumentativa, Levinson (et al. 2005, en Herrera 2010) explica que no todos los pacientes querrían tener el mismo grado de participación activa

en la construcción de su tratamiento, por lo que el equipo médico debiese acoplarse a esas preferencias particulares del sujeto, adecuando su actitud de acuerdo a lo que el paciente le presente.

El modelo relacional de la adherencia implica y necesita por tanto de conocer al paciente que está en frente, para entonces ajustar las intervenciones terapéuticas a sus características psicológicas; poner el énfasis en un acople interaccional entre médico y paciente que considere las preferencias y características del sujeto, junto al estilo comunicacional y las técnicas interventivas del médico.

Por el contrario, la intervención estandarizada no tendría un efecto significativo en la mejoría de las tasas de adherencia al tratamiento médico, ya que su mayor defecto recaería en no incluir la singularidad de los sujetos en la construcción del tratamiento, ampliando la posibilidad, ya muy ocurrente, de que el tratamiento entre en conflicto con los recursos personales de los pacientes, como los mecanismos de afrontamiento y/o regulación emocional (Escobar, 2012). Martínez, (2012) utiliza la metáfora “tratar de llenar el vaso lleno” para graficar aquella situación en que el médico ocupa métodos unidireccionales de entrega de información con sus pacientes. En este caso, la información puede no adquirir sentido en la coherencia interna del sistema de creencias del paciente, ocurriendo un choque entre sus teorías subjetivas respecto de la enfermedad y el tratamiento ofrecido por el equipo médico. Así, las prescripciones médicas no se estarían generando por un proceso comprensivo de la enfermedad en el cual se incluyan ambas partes por igual, y se estaría por tanto facilitando la no adherencia, ya que las personas no tienden a practicar conductas que para ellos carezcan de sentido, o bien que les sea contrario a su propio marco de creencias.

### **Importancia de la calidad del vínculo terapéutico**

Todo el desarrollo anterior denota directa o indirectamente la importancia de la relación del paciente con los equipos médicos tratantes.

Al ser la HTA una enfermedad crónica que requiere de cuidados mantenidos en el tiempo, los pacientes se convierten en los garantes de su salud debido a la necesidad de incluir de manera permanente nuevos hábitos en su estilo de vida. Así, el vínculo terapéutico se vuelve doblemente importante, puesto que se muestra no solamente como uno de los principales lugares donde emerge la adherencia, sino que también desde donde adquiere y mantiene su calidad en el tiempo.

Como se ha podido rescatar desde las entrevistas a pacientes hipertensos, cualquier tipo de acción por parte del equipo que sea experimentada por el paciente como una falta contra su bienestar, se puede constituir como un hito anti-adherente importante (Martínez, 2012). Rodríguez (1993, en Sánchez, 2006) identifica a la burocracia, la desconfianza de las capacidades de los profesionales, la atención despersonalizada y desvinculada, el uso de términos técnicos o el poco tiempo empleado en la entrevista, como asistentes de la no adherencia. Esto se condice bastante con lo evidenciado por la voz anti adherencia *desagrado por el encuadre médico*, que da cuenta de cómo muchos pacientes no adhieren en gran medida debido a experiencias previas en las que han sido maltratados o no tomados en cuenta, lo que los han llevado a generar un rechazo por todo lo relacionado con lo médico. Ante esta voz emergente, el estilo relacional configurado es el énfasis en la horizontalidad de la relación y la creación de un ambiente de confianza y escucha, donde el otro se sienta aceptado como persona.

Asimismo, la educación de los sujetos respecto de la patología es otro factor relevante, siendo el nivel de información que manejan importante en la forma en la que se relacionan con la hipertensión. Por ejemplo, el no manejar conocimientos mínimos de las causas, cuidados, etc., de la hipertensión, no les permite adherir desde una comprensión consciente del autocuidado, lo que los relega a un posicionamiento pasivo respecto de las indicaciones dadas por el equipo médico, y experimentando por tanto su adherencia desde la duda y el prohibicionismo (Martínez, 2012)

De esta manera, en la interacción profesional entre médico y paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz, como también la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de

comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo con la relación establecida con el equipo médico, se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (Giñarte 2001, en Sánchez, 2006). En este estudio dicha observación ha sido tomada en cuenta al momento de construir los estilos relacionales propuestos, ya que en las entrevistas utilizadas aparecen pacientes que relatan que la relación con su médico es la que los hace controlarse de manera más periódica, o se sienten con mayor libertad para poder hacer preguntas respecto a la enfermedad y su tratamiento.

### **Consideraciones finales y proyecciones**

En relación a las voces pro y anti adherencia identificadas en este proyecto de investigación, Herrera (2010) señala que casi todos los pacientes entrevistados (96%) mostraron la presencia de ambas voces, por lo que desde el modelo relacional de la adherencia, se podría dar por entendido que en la gran mayoría de los casos más de una voz interna está operando: aquella que se mueve en torno al cambio, y otra que se le opone.

De aquí, la cuestión primordial es cómo enfrentar la consideración de las distintas voces, tanto pro como anti en la construcción del tratamiento médico, de manera que ninguna voz se subyugue a razón y fuerza de otra, más aun si es impuesta por otro en posición de poder como el médico tratante, que puede incluso no contar con la aprobación del paciente con HTA.

De esta manera y desde la perspectiva relacional de la adherencia, no es suficiente empoderar las voces pro, y menos rechazar y combatir las voces anti, sino integrar y asimilar ambas en un nueva red de supuestos y teorías sobre el tratamiento y la enfermedad, que médico y paciente deben construir de mutua participación y acuerdo. Como dice Herrera (2010), combatir la voz resistente o anti adherente puede generar más resistencia, mientras que reconocerla y aceptarla, puede abrir las posibilidades para la cooperación y el cambio.

El intento de proponer en la presente investigación estilos relacionales para los médicos deriva directamente de esta premisa. Ellos se conjugaron desde el quehacer terapéutico como formas o estilos relacionales que promueven la adherencia terapéutica, y que son complementarios al tipo de voz que presenta el sujeto, hipotetizando sobre los implícitos de tales declaraciones; aquellas motivaciones subyacentes que dan pie para su formulación, su expresión y puesta en juego en la dinámica interaccional, con el fin de considerarlas para su utilización en un tratamiento personalizado e integrativo. Se desprende de estos planteamientos que las metas de los tratamientos antihipertensivos no deben ser nunca “100% de adherencia para todos”, puesto que no sería realista ni se adecuaría a la experiencia personal de la mayoría de los pacientes.

Todo este trabajo requiere de un levantamiento de subjetividades por parte del médico tratante, una pesquisa activa para definir el tipo de creencias y teorías operantes en la interrelación profesional, a la par de cierto adiestramiento o la consideración de ciertas cuestiones al momento de proponer un estilo relacional y ciertas intervenciones terapéuticas. Además, es importante que el equipo médico reconozca la disposición con la cual el paciente enfrenta el encuadre médico. Por ejemplo, si se muestran descontentos o desconfiados, el médico fácilmente podría reforzar esta disposición con retos o asustándolo, recalcándole la peligrosidad de su conducta, así entonces ejerciendo un efecto posiblemente iatrogénico para su hipertensión. Por el contrario, el médico debiese, tal cual se comenta en la presentación de los resultados respecto de la voz anti *encuadre médico desagradable*, hacerle saber al paciente que esta relación profesional no tiene por qué ser igual a las anteriores, que pueden tener un trato amable donde se asegure la inclusión de su opinión y el respeto por su persona, etc.

Para desarrollar entonces la pesquisa de las teorías subjetivas del paciente respecto de la adherencia, se debe idealmente establecer un clima profesional de empatía y comunicación fluida, evitando las actitudes directivas. El ideal sería por tanto, acceder a la posición discursiva por la cual no adherir es más importante que adherir. Para esto, Herrera (2010) expone que el uso de preguntas más directivas como “¿por qué no sigue las indicaciones de su doctor?, o ¿acaso no cree usted que los beneficios de adherir valen la pena?”, tenderán a esconder la voz anti adherencia, así como también una intervención

estandarizada. En cambio, con preguntas más indirectas y menos normativas la voz anti se haría disponible conscientemente, siendo más fácil reconocer el contexto donde ésta adquiere validez.

Los pasos siguientes consistirían en utilizar estos hallazgos para ir modelando el tratamiento antihipertensivo, de manera que se le facilite al sujeto poder completar una adherencia cuyo nivel de satisfacción será finalmente un acuerdo entre médico y paciente.

Es necesario por tanto comprender que la propuesta de este modelo relacional de la adherencia, cuya utilidad consideramos mayor en comparación a los tradicionales, requiere de un recambio de las maneras habituales de actuar en muchos centros de salud, y de muchos de sus profesionales.

Por último, resulta interesante también considerar un abordaje multidisciplinario de esta patología, considerando las posibles utilidades que una psicoterapia puede otorgar, primeramente al levantamiento de subjetividades como una entrevista inicial, previa al tratamiento pero posterior al diagnóstico; o como una psicoterapia, acompañando el proceso de cambio en los hábitos de vida que estas personas deben implementar.

Siguiendo con la línea de trabajo planteado por este proyecto de investigación, resulta importante seguir profundizando en los tipos de estilos relacionales que podrían llegar a ser útiles para el equipo médico, en el trato de pacientes con enfermedades crónicas, con el propósito de generar una herramienta práctica para los profesionales de la salud que suelen obviar la importancia de la relación médico-paciente en la promoción de la adherencia y la salud en general.

De esta forma, nos parece necesario que se pongan a prueba por los médicos tratantes los estilos relacionales propuestos en este trabajo, con el propósito de verificar cómo se incrementa la adherencia en pacientes con patologías crónicas. Junto con ello, parece importante también seguir investigando más detalladamente cuáles son las posibles estrategias que los médicos pueden utilizar para generar un espacio de empatía y ayuda a los pacientes que no logran o no quieren adherir, pero que aun así su decisión es determinante para su salud.

## Referencias

- Acevedo, M., Aglony, M., Arnaiz, P., Barja, S., Berríos, X., Guzmán, B., et al. (2009). Perfil de presión arterial e historia familiar de hipertensión en niños escolares sanos de Santiago de Chile. *Rev. Médica de Chile*, 137: 39-45.
- Acosta, M., Bayarre, H., La Rosa, Y., Libertad, M., Orbay, M., Rodríguez, J., et al. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev. Cubana Salud Publica*, 33 (3).
- Arístegui, R., Gaete, J., Krause, M..., Muñoz, G., Ramírez, I. Salazar, et al. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de actos de habla. *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 41 (2): 277-289.
- Arrivillaga, M., Cáceres, D., Correa, D., Holguin, L., Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Rev. Universitas Psychologica*, 5 (3): 535-547.
- Avendaño, C., Krause, M., Winkler, M. (1993). Representaciones sociales y teorías subjetivas: relevancia teórica y aplicaciones empíricas. *Psykhe*, 2 (1): 107-114.
- Aya, S. (2010). Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa. ¿Cómo emergen los relatos? *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6 (1): 185 – 194.
- Bayarre, H., Libertad, M., Sairo, M. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes Hipertensos. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*, 19(2).
- Bernilla, J., Soto, V., Zavaleta, S. (2002). Factores determinantes del abandono del programa de hipertensión arterial. *Anales de la Facultad de Medicina*, 3(63): 185-190.

- Bortoluzzi, M., Castro-Carrasco, P., General, F., Jofré, R., Sáez, N., Vega, Á., (2012). Teorías subjetivas de profesores sobre la motivación y sus expectativas de éxito y fracaso escolar. *Educar em Revista*, 46:159-172.
- Bravo, C. (2010). Contribuciones de la perspectiva narrativa al estudio del paisaje. *Sociedad Hoy*, 18 (1): 55-64.
- Burbinski, B., y Naser, M. (1999). Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 97(1): 43-46.
- Carvalho, C., Conceição, M. Leite, J., Lima, S. (2009). Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Rev. Latino Americana Enfermagem*, 17(4).
- Catalán, J. (2004). Formación inicial de educadoras de párvulos: un estudio de caso desde las teorías subjetivas de formadores y formadoras. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33(5).
- Cuadra, D. (2009). Teorías Subjetivas en docentes de una escuela de bajo rendimiento, sobre la enseñanza y el aprendizaje del alumno. *Rev. Mexicana de Investigación Educativa*, 27 (42): 939-967.
- Disease Control Priorities Project (2006). *Enfermedades no transmisibles. Las enfermedades transmisibles ahora ocasionan la mayor parte de las defunciones en los países de bajo y mediano ingreso*. Extraído de [www.dcp2.org](http://www.dcp2.org)
- Emanuel, E., y Emanuel, L. (1999). *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. En Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid, España: Triacastela: 109-126.
- Escobar, C. (2012). *Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

- Facchini, M. (2004). Cambio de conductas en tratamientos de larga duración, relación médico-paciente. *Medicina*, 64:550-554.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Tomicic, A., Valdés, N., et al. (2012). Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30 (2): 5-22.
- Galarce, E. (2003). *Psicología Narrativa: una revisión de sus aspectos teóricos y sus alcances terapéuticos*. Tesina presentada para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.
- Geller, P., Maguth, C., Nezu, A., Weiner, I. (2004). *Handbook of Psychology*. Health Psychology. New York, Wiley & Sons.
- Gergen, K., & Mcnamee, S. (1993). *La terapia como construcción social*. Bs. Aires, Paidós.
- Gergen, K., & Warhuus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones, y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1).
- Ginarte, Y. (2001). Experiencia médica: la adherencia terapéutica. *Rev. Cubana de medicina general integral*, 17(5): 502-505.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- Granados, G., Moreno, E., Roales-Nieto, J., Ybarra, J. (2007). Creencia en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Rev. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 7(3): 697-707.
- Herrera, P. (2010). *Cooperation and Resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal*

*constructs*. Tesis Doctoral, Universidad de Chile, Universidad Católica de Chile, Universidad de Heidelberg, Alemania.

Lagomarsino, E. & Saieh, C. (2009). Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. *Revista Chilena de pediatría*, 80(1): 11-20.

Krause, M. (2005) *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Universidad Católica de Chile.

Kunstmann, F. (2005). Epidemiología de la hipertensión arterial en Chile. *Revista médica Clínica las Condes*, 16(2): 44-47.

Martínez, B. (2012). *Adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico: una comprensión desde las Teorías Subjetivas*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile [MINSAL] (2003). *Resultados 1ra Encuesta de Salud*. Extraído desde <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile [MINSAL] (2008). *Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible*.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile [MINSAL] (2009-2010). Resultados Encuesta nacional de Salud 2009-2010. Extraído desde [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5\\_FINALv1juliocepi.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5_FINALv1juliocepi.pdf)

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile [MINSAL] (2010). Guía Clínica: Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años o más. *Serie de guías clínicas MINSAL*.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile [MINSAL] (2011). Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT). *Situación epidemiológica de las ENT en Chile*.

- Moncada, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. Tesis Doctorales en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Morandé, M. (2012). *Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico*. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología Clínica, Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Moreno, E., Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Rev. Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1): 91-109.
- Müller, S., Liebsch, E., Rebmann, K., (2008). Las creencias de los formadores acerca del conocimiento y el aprendizaje: un estudio piloto. *Rev. Europea de Formación Profesional*, (45), 99-119.
- National Institutes of Health [NIH] (2003). *Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Extraído desde <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html#princi>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004), *Adherencia a largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Temas de Salud: Enfermedades crónicas*. Extraído de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

- Ortiz, E. & Ortiz, M. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135: 647-652.
- Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*, 29(2): 40-48.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherencia a la medicación. *New England Journal of Medicine*, 353(5): 487-497.
- Piña, J., Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su que y su para qué. *Rev. Universitas Psychologica*, 5:669-679.
- Rodríguez, M. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid, Pirámide.
- Rodríguez, H. (2006). Relación médico-paciente. *Rev. Cubana Salud Publica*, 32(4).
- Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 14(3): 98-101.
- Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Bs. Aires, Amorrortu editores.
- Sluzki, C. (1992). Transformaciones: un esquema acerca de los cambios narrativos en terapia. *Family Process*, 31: 217-230.
- Valenzuela, A. & Zarate, L. (2012). Equilibrio sodio potasio en la regulación de la presión arterial. *Acta medica Clínica Santa María*, 6(1): 44-49.