



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

# **Adherencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico: una comprensión desde las Teorías Subjetivas.**

Memoria para optar al título de Psicólogo

Alumna:

Lic. Patricia Belén Martínez

Profesora Patrocinante:

Dra. Laura Moncada Arroyo

Profesionales Colaboradores:

Mag. (c) Margarita Morandé, Mag. Cesar Escobar y Dr. (c) Pablo Herrera

**Santiago, 2012**

## Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>Resumen</b> .....                                     | 3  |
| <b>1. Planteamiento del problema</b> .....               | 4  |
| <b>2. Marco Referencial</b> .....                        | 6  |
| 2.1. Enfermedades crónicas.....                          | 8  |
| 2.2. Hipertensión.....                                   | 10 |
| 2.3. Adherencia.....                                     | 13 |
| 2.4. Teorías Subjetivas.....                             | 18 |
| <b>3. Objetivos</b> .....                                | 24 |
| 3.1. General.....  | 25 |
| 3.2. Específicos.....                                    | 26 |
| 3.3. Preguntas directrices.....                          | 26 |
| <b>4. Metodología</b> .....                              | 28 |
| 4.1. Tipo y diseño de investigación.....                 | 28 |
| 4.2. Descripción del Muestreo y Muestra .....            | 29 |
| 4.3. Recolección de datos.....                           | 30 |
| 4.4. Procedimiento.....                                  | 31 |
| 4.5. Técnica de análisis de datos.....                   | 31 |
| 4.6. Criterios de Calidad.....                           | 33 |
| 4.7. Consideraciones Éticas.....                         | 34 |
| <b>5. Presentación de resultados</b> .....               | 35 |
| 5.1 Teorías Subjetivas Respecto a la Hipertensión.....   | 35 |
| 5.1.1 Las creencias respecto de la Hipertensión.....     | 37 |
| 5.1.2 Las causas de la Hipertensión .....                | 45 |
| 5.1.3 Las expectativas de la Hipertensión.....           | 49 |
| 5.2. Teorías Subjetivas respecto a la Adherencia.....    | 50 |
| 5.2.1. Efectos.....                                      | 52 |
| 5.2.2. Creencias y expectativas.....                     | 65 |
| <b>6. Conclusiones, limitaciones, proyecciones</b> ..... | 73 |
| <b>7. Referencias</b> .....                              | 84 |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| <b>8. Anexos</b> .....             | 90 |
| 8.1. Pauta de Entrevista.....      | 90 |
| 8.2. Consentimiento Informado..... | 92 |
| 8.3. Ejemplo de entrevista.....    | 94 |

## **Resumen**

La hipertensión arterial una enfermedad crónica que ha adquirido importancia como problema de salud pública por su rol causal de la morbimortalidad vascular (MINSAL, 2010). Acerca de la prevalencia de esta enfermedad, se estima que la Hipertensión afecta aproximadamente a un billón en todo el mundo (JNC-7, 2003). En Chile, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales primeras causa de muerte en nuestro país (48,9 y 47,3 muertes por 100 mil habitantes respectivamente) (MINSAL, 2007). A su vez, la hipertensión Arterial genera un gran número de muertes y de incapacidades de manera indirecta constituyéndose como un factor de riesgo importante para otras patologías: cerebrovasculares, cardíacas, renales, retinianas (Ferrera, Moine, Yáñez, 2010, JCN-7, 2003 y OMS, 2004). Esta enfermedad, por ser crónica resulta una preocupación en lo que respecta a las repercusiones en el ámbito económico mundial, generándose una situación crítica tanto para la salud pública como para las sociedades y economías afectadas, ya que se prevé que el número de víctimas aumente (OMS, 2005 y Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela 2006). Variados son los modelos utilizados para explicar la adherencia e intervenir sobre ella, sin embargo, la adherencia a los tratamientos sigue siendo insuficiente, solo el 25% de los pacientes sigue las indicaciones dadas por los profesionales tratantes (OMS, 2004) a pesar de la alta eficacia del tratamiento en el control de la presión arterial (Ramonés, 2007). Por esta razón, es que en la presente investigación se pretende realizar un marco comprensivo del proceso de adherencia desde las Teorías Subjetivas mediante un abordaje cualitativo.

Los hallazgos confirman los resultados de otras investigaciones, en las que se plantea la ineficiencia de intervenciones estandarizadas. A su vez se destacan la importancia de los aspectos: Información, Núcleos Emocionales, Relacional y de Dependencia en torno al tratamiento y a la enfermedad y como estos influyen en el proceso de adherir. Se espera contribuir a la construcción de conocimiento en torno a esta problemática y a la generación de intervenciones, con la finalidad de poder aportar en el bienestar de los pacientes hipertensos como también el de otros pacientes con enfermedades crónicas.

## 1. Planteamiento del Problema

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica que se caracteriza por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 120mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mm Hg (Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure, [JNC- 7], 2003).

La Hipertensión Arterial es uno de los trastornos mas frecuentes en el Occidente y constituye un problema de considerable importancia en nuestros días (Ferrera, Moine, Yañez, 2010, Ramones, 2007) y es reconocida como una de las principales problemáticas de la salud pública.

Aproximadamente, 7,1 millones de personas mueren como resultado de una presión arterial elevada, considerándose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela 2006, JCN-7, 2003 y OMS, 2004). No solo es de gran importancia por los perjuicios que ocasiona *per se* en la salud de las personas, sino que también por el gran número de muertes e incapacidades que produce de manera indirecta, constituyéndose como un factor de riesgo importante para otras patologías: cerebrovasculares, cardíacas, renales, retinianas. También es reconocida como el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad esta que es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial (1, 2 citados en Ferrera, Moine, Yañez, 2010).

Por ser crónica, la Hipertensión (junto al cáncer y a la diabetes) es parte del grupo de enfermedades que resultan preocupantes en lo que respecta a las repercusiones en el ámbito económico mundial, generándose una situación crítica tanto para la salud pública como para las sociedades y economías afectadas, ya que se prevé que el número de víctimas aumente. Por esta razón, resulta fundamental que los países examinen y apliquen medidas sanitarias para reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas (OMS, 2005 y Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela 2006).

La adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud (OMS, 2003 y 2004, Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela 2006, y Sánchez, 2006)

En general, en lo que respecta al cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes, este ha sido un problema referido por la mayoría de los profesionales de la salud, en especial para aquellos tratamientos de larga duración que deben seguir enfermos de padecimientos crónicos (Martín, Bayarre, La Rosa, Orbay, Rodríguez, Vento y Acosta 2007). En el caso de los pacientes hipertensos, la adherencia al tratamiento constituye uno de los escollos mas significativos con los que se enfrenta la práctica clínica en el manejo y control de estos sujetos (Ramones, 2007).

Se ha demostrado que la mayoría de los pacientes hipertensos responde favorablemente al tratamiento, ha demostrado ser eficaz en numerosos estudios clínicos al reducir significativamente la presión arterial, la morbilidad de eventos coronarios, accidentes vasculares, nefropatías e insuficiencia cardíaca (Ramones, 2007), por consiguiente, la adherencia optima es primordial para el manejo de la hipertensión y por lo tanto, todos los factores que influyen o intervienen en ésta cobran gran importancia (Ramones, 2007 y Escobar, 2012).

Variados son los modelos utilizados para explicar la adherencia e intervenir sobre ella, la gran mayoría mediante intervenciones psico-educativas y centradas en las cogniciones (JCN-7. 2003; Ortiz y Ortiz, 2007; OMS, 2004; Harrison, 2008 citados en Escobar, 2012). Sin embargo, la adherencia a los tratamientos sigue siendo insuficiente, solo el 25% de los pacientes sigue las indicaciones dadas por los profesionales tratantes (OMS, 2004).

La presente investigación pretende colaborar e integrar conocimiento respecto del proceso de adherir de los pacientes, mediante la generación de un marco

comprendido de las Teorías Subjetivas de los sujetos involucrados mediante un abordaje cualitativo.

## **2. Marco Referencial**

### **2.1. Enfermedades Crónicas**

Las enfermedades crónicas se han tornado un tema relevante debido la masiva y creciente presencia de estas en la población y es muy probable que estas enfermedades se conviertan en un tema aún más importante durante la próxima década debido a su creciente y sostenido impacto, especialmente en los países de ingresos medios y bajos (WHR, 2005, OMS, 2010).

Estas enfermedades, son dolencias de larga duración y por lo general, de progresión lenta, las enfermedades cardiovasculares o metabólicas, cáncer, lesiones, trastornos neurológicos o psicológicos, son las principales causas de discapacidad y muerte a nivel mundial (WHR, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2004. p, 4), define a las enfermedades crónicas como: *“Las enfermedades con 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”*.

Chile, al igual que otros países en desarrollo, está viviendo un periodo de transición epidemiológica, pasando de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas (MINSAL, 2003, WHR, 2003). Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2005), las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte

en el mundo y su impacto aumenta continuamente. Del total de 58 millones de defunciones previstas para el 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, cifra que supera el número que corresponde a la suma de: muertes de todas las enfermedades infecciosas (VIH/Sida, tuberculosis y malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela 2006). A su vez, estudios muestran que aproximadamente un 80% de las muertes que tienen como causa enfermedades crónicas, suceden en países de ingresos bajos y medios afectando en igual número a mujeres y hombres (OMS, 2010), como también, a personas ricas y pobres (WHR, 2006). Este cambio epidemiológico observado y todas las consecuencias que conlleva, son igualadas en importancia con el impacto que genera, de manera directa e indirectas, en lo social y en lo económico (WHR, 2006), constituyéndose como una de las principales causas de pobreza y de dificultades para el desarrollo económico de muchos países (OMS, 2010)

Es a raíz del aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y el impacto que genera, que esta condición está siendo abordada por el sistema médico desde nuevos paradigmas, cambiando desde cuidados hospitalarios de enfermedades agudas a cuidados centrados en el paciente, basados en el hogar y promovidos por un equipo (WHR, 2006). Una importante diferencia de las enfermedades agudas respecto a las enfermedades crónicas es que el paciente es el principal encargado en realizar los cuidados, no el sistema médico (Creer et al, 2004 citado en Herrera, 2010), lo que complica el tratamiento porque, por un lado, el sistema médico olvida la importancia de la participación del paciente y cooperación, y por otro lado, es común que los pacientes prefieran delegar su responsabilidad completamente a la persona que le entrega los cuidados. Este hecho, sumado a la gran cantidad de cambios de estilo de vida requeridos puede estar relacionado al bajo porcentaje de adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas (Creer et al, 2004 citado en Herrera, 2010).

Estos nuevos paradigmas con los cuales se abordan las enfermedades crónicas, mencionados anteriormente, requieren una serie de habilidades, cooperación disciplinar y cuidados continuos; se enfatiza en la colaboración y trabajo en equipo entre el trabajador del centro de salud y el paciente, creando una relación en la cual el paciente es valorado como un “colega” en sus propios cuidados (WHR, 2006). Estudios indican que aquellas intervenciones que son diseñadas para promover el rol del paciente en la prevención y el manejo de la enfermedad crónica pueden generar mejores resultados (Holman y Lorig, 2000; Lorig, Ritter, Stewart, Sobel, Brown, Bandura et al, 2001 y Fu, Fu, McGowan, Shen YE, Zhu, Yang et al. 2003 citados en WHO, 2006).

Desde este enfoque, el trabajador de la salud es una pieza fundamental en el ayudar a los pacientes a iniciar nuevos comportamientos y en el automanejo más efectivo de su condición, por lo que podría considerarse como un tema importante de prestar atención a las habilidades comunicativas de estos sujetos (Institute of medicine, 2001 citado en WHO, 2006).

## **2.2. Hipertensión**

La hipertensión arterial una enfermedad crónica que ha adquirido importancia como problema de salud pública por su rol causal de la morbimortalidad vascular (MINSAL, 2010). Esta enfermedad se caracteriza por la elevación persistente de la presión arterial por sobre los límites normales (PAS L 140 mmHg y PAD L 90 mmHg), en donde tales alzas de presión arterial generan cambios estructurales en el sistema arterial, afectando a los órganos nobles como son el cerebro, el corazón y el riñón (OMS, 2004).Específicamente, la hipertensión se relaciona continuamente con el riesgo de enfermedad cardiovascular, la presión alta significa mayor posibilidad de ataque cardiaco, de enfermedad cerebrovascular (ECV), insuficiencia cardiaca, ictus y enfermedad renal y ateromatosis periférica (JCN-7, 2003 y OMS, 2004).

Con respecto a las causas de esta enfermedad, solo un 10-15% de todos los casos son denominados como Hipertensión Secundaria, porque la causa de la enfermedad es conocida, lo que significa que del total de casos, un 90-95% corresponden a Hipertensión Primaria, es decir, que es imposible determinar la causa específica de las alzas de presión (MINSAL, 2010).

Aún así, se han podido asociar a la Hipertensión una serie de factores de riesgo, los cuales pueden ser agrupados en: a) factores biológicos, como son la predisposición genética, obesidad, envejecimiento, etc., b) hábitos de dieta y ejercicios, dentro de los cuales se puede mencionar la ingesta rica en sodio, la ingesta baja en potasio y en calcio, vida sedentaria, consumo de alcohol, etc., c) factores psicológicos y d) factores socioculturales (Carels, Blumenthal&Sherwood, 2000; Carretero & Oparil, 2000; Dressler, Bindon&Neggers, 1998).

En lo que se refiere a los factores psicológicos asociados a la Hipertensión y a las enfermedades cardiovasculares, investigaciones han demostrado que el estrés generado por las enfermedades agudas y las enfermedades crónicas, la ansiedad, las emociones negativas, las estrategias de enfrentamiento de orden represivo, la inhibición de la ira, la depresión, el bajo apoyo social y la actitud defensiva son factores de riesgo o pueden gatillar de manera directa un problema cardiovascular (Carels, Blumenthal & Sherwood, 2000; Denollet, Martens, Niklicek, Conraads&Gelder, 2008).

Otros autores que estudian las causas de la hipertensión, enfatizan en las variables socioculturales, como son los estresores sociales, estatus económicos, el “estilo de vida occidental” y la coherencia o ajuste entre el estilo de vida individual y cultural con patrones de comportamiento; afirman que las variables culturales pueden actuar como un moderador de la relación entre los factores psicológicos e hipertensión; por ejemplo, se observa que la expresión de las emociones negativas tiene una correlación positiva o negativa con el estrés

dependiendo de los antecedentes culturales del sujeto.(Anderson, 1989; Butler, Lee & Gross, 2009; Carretero & Oparil, 2000).

Acerca de la prevalencia de esta enfermedad, se estima que la Hipertensión afecta aproximadamente a 50 millones de habitantes en los Estados Unidos y un billón en todo el mundo (JNC-7, 2003). La prevalencia de la Hipertensión Arterial en el año 2000 a nivel mundial, se estimó en 26,4% y en el año 2001 se le atribuyen 7.6 millones de muertes prematuras (13,5% del total) (Kearney P., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., WheltonK. y He J., 2005 citado en MINSAL, 2010).A su vez, se calcula que los sujetos mayores de 55 años de presión en niveles normales, tienen un 90% de posibilidades de desarrollar Hipertensión Arterial (JNC-7, 2003). Específicamente respecto a la prevalencia de las enfermedades asociadas a la Hipertensión a nivel mundial, se observa que las enfermedades cardiovasculares representan el 13% de la carga de enfermedades entre los adultos mayores de 15 años. La cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares (infarto cardiaco) son las dos principales causas de mortalidad y de carga de enfermedad entre los adultos mayores (más de 60 años). En países en desarrollo, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares en conjunto, son responsables del 36% de los fallecimientos, siendo estas cifras más altas en hombres que en mujeres. El aumento en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de Europa Oriental se ha visto compensado por la disminución de este fenómeno en otros países en desarrollo. En contraste, la mortalidad y la carga de enfermedades que tienen como causa enfermedades cardiovasculares está aumentando rápidamente en regiones en desarrollo (WHO, 2003).

En Chile, la hipertensión y las enfermedades asociadas a esta son priorizadas en los Objetivos Sanitarios de primera década del siglo XXI, lo que ha significado una reducción de la prevalencia de las enfermedades isquémicas del corazón en un 9,1% y las enfermedades cerebrovasculares en un 10,8% del 2000-2005, sin embargo, estas dos enfermedades siguen siendo las principales primeras causa

de muerte en nuestro país (48,9 y 47,3 muertes por 100 mil habitantes respectivamente) (MINSAL, 2007). En el año 2007, se registraron 26.038 muertes por enfermedades cardiovasculares y 3.377 por enfermedad hipertensiva (MINSAL, 2010).

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud realizada por el ministerio de Salud el año 2006, la Hipertensión Arterial es la principal enfermedad crónica declarada en la población y la prevalencia de presión arterial elevada en personas de 17 años y más es de 33,7% (39,9% en hombres y 33,6 % en mujeres). Del total de personas encuestadas que padecen de presión arterial elevada, el 60 % conocía su condición (74,7% y 46,8% de mujeres y hombres, respectivamente); el 54,6 % de las mujeres y 20,4% de los hombres refirió estar con tratamiento farmacológico y sólo el 11,8 % tenía la presión arterial controlada. En adición al estudio anterior, en el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (2007), la Enfermedad Hipertensiva fue la primera causa de AVISA con 6,9% del total (7,4% del total AVISA en hombres y 6,4% del total AVISA en mujeres), es decir, la Hipertensión es la enfermedad que suma más años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida vividos con discapacidad (significado de AVISA). Este estudio muestra además, que 1 de cada 7 muertes es directamente atribuible a la HTA (MINSAL, 2007).

Un dato importante de estas investigaciones es que la prevalencia de esta enfermedad es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, existe un mayor conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial alterada por parte de las mujeres (MINSAL, 2010).

Fasce et al., (1992 citado en MINSAL, 2010) estudió la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 15 y más años en la ciudad de Concepción, durante los años 1988 y 2004 (7,8). Se pudo observar que en este período hubo un aumento de la prevalencia de HTA de 18,6 a 21,7% en la población, además de presentar un aumento significativo de las personas con presión arterial controlada

(PA<140/90 mmHg), pasando de un 7,5% a un 30,7% del total de la población con hipertensión arterial (Fasce et al. 2007 citado en MINSAL, 2010).

Otro aspecto de la Hipertensión es el tratamiento médico, el cual consiste en medicamentos y adquisición de hábitos de vida saludables. Más de dos tercios de todos los pacientes requieren más de un medicamento antihipertensivo, y es importantísimo tanto para el prevenir como el tratar la hipertensión el cambio a hábitos saludables como son la baja de peso, una dieta alta en frutas y vegetales y bajas en grasas, reducción de la ingesta de sodio, mantener una regular actividad física y un consumo moderado de alcohol (NIH, 2003; Kaplan, 2005).

Estudios evidencian el beneficio de reducir la presión arterial, mostrando que la baja en la presión arterial en hipertensos está directamente relacionada con una disminución en los eventos cardiovasculares en un 27% (Liu L, Zhang Y, Liu G, Li W, Zhang X, Zanchetti A, citado en MINSAL, 2010), por otro lado, investigaciones recientes muestran que la progresión de la hipertensión, como en otras condiciones crónicas, puede ser atenuada si es que se utilizan estrategias de tratamientos psicosociales efectivos, por sobre todo en la reducción del estrés y en el tratamiento de la depresión, mejorando el costo-beneficio de los tratamientos y la prognosis de los pacientes, siendo aun mayor su efecto si es que se realizan tales intervenciones en las etapas iniciales de la enfermedad(Blumenthal et al, 2002; Bogner& de Vries, 2008). Además, estudios indican que un requisito para que un tratamiento sea optimo el realizar una selección de estrategias específicas y diferentes para cada paciente (Nezu et al, 2004).

Por último, datos de la población estadounidense muestran un aumento en la conciencia de las personas respecto a esta enfermedad de un 51% entre 1976 y 2000, un aumento del porcentaje de pacientes tratados (de un 31% a un 59%) y un aumento del porcentaje de pacientes con la presión exitosamente controlada (10% a un 34%) (NIH, 2003). A pesar de los datos expuestos anteriormente y del aumento en la disponibilidad de tratamientos efectivos, en la mayoría de los

países más de un 75% de todos los pacientes sometidos a tratamiento fracasan en conseguir una presión arterial óptima. Es así, como se observa que solo un 7% logra una presión arterial óptima en Reino Unido y un 4,5% en Venezuela, siendo la principal causa del fracaso del tratamiento la baja adherencia a este (WHO, 2003).

### **2.3. Adherencia**

La adherencia en general es entendida por la OMS (2004) como:

*“el grado en que el comportamiento de una persona – tomando medicamento, siguiendo un régimen alimentario y ejecutando cambios en el modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p 3).*

La adherencia comprende diversas conductas: 1) propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento; 2) asistencia a citas de seguimiento; 3) uso correcto de la medicación prescrita; 4) realizar cambios apropiados en el estilo de vida y 5) evitar conductas contraindicadas (Sánchez, 2006). Según Sanchez (2006), el término Adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

En general, se observa que cerca del 40% de los pacientes no siguen las indicaciones terapéuticas, es decir, no adhieren a tratamiento (Martín y Grau, 2005). En las enfermedades graves, los pacientes no adherentes son un 20% y en enfermedades crónicas a un 45% del total. A su vez, cuando los tratamientos requieren generar cambios en la vida e invaden diversas áreas de la vida del paciente, los porcentajes de adherencia disminuyen notablemente (Rodríguez 2001). Un panorama aún menos promisorio lo muestra el estudio realizado por National Heart, Lung and Blood Institute (1998), el cual indica que el porcentaje de pacientes que padecen Hipertensión y no adherentes es entre un 30% y un 70% del total.

Según el Ministerio de Salud de Chile (2010), los factores más influyentes en la no-adherencia terapéutica son la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad. La ausencia de sintomatología cuando la presión arterial es estabilizada en niveles normales implica un serio riesgo de que el paciente abandone el tratamiento. Otros factores asociados a la no-adherencia de los pacientes Hipertensos son:

- (a) La edad: el informe de OMS indica que a mayor edad del paciente, menor será su adherencia a tratamiento, sin embargo, estudios muestran que los pacientes jóvenes son los que adhieren menos (Vawter, Tong, Gemilyan, Yoon, 2005 y Maguire, Hughes, McElnay, 2008 citados en MINSAL, 2010).
- (b) El bajo nivel educacional, bajo nivel socioeconómico y el desempleo.
- (c) El deficiente apoyo familiar, y la soledad. La falta de redes sociales de contención y apoyo en el proceso de los cambios de vida influye en el resultado de este.
- (d) La baja comprensión de la enfermedad y la baja percepción de riesgo. Por lo general, los pacientes no-adherentes no perciben a esta enfermedad como algo amenazante o potencialmente grave, ni tienen en consideración y/o visibilizan las complicaciones a largo plazo.
- (e) La deficiente relación interpersonal profesional-paciente: Se refiere no a la práctica médica en si, sino que al trato interpersonal con el paciente, a la mala atención, la mala actitud, al mal trato y a la poca empatía por parte del profesional de la salud. La baja disponibilidad y calidad de la atención son características de los profesionales de la salud que obstaculizan el establecimiento de una buena relación paciente-profesional, factor que se ha demostrado, es determinante en la conducta no adherente de los pacientes. En relación a lo anterior, la OMS (2004), se refiere más bien al ambiente de la asistencia sanitaria en el cual los pacientes son atendidos como un factor que ejerce un efecto notable en la adherencia. Actualmente, se indica que la tendencia a buscar los factores de poca adherencia en el

paciente, el relativo descuido de los factores que involucran al personal sanitario y los determinantes de la salud son elementos que constituyen y caracterizan al ambiente de asistencia sanitaria.

- (f) Fármacos: En primer lugar, la tolerancia al tratamiento varía según los fármacos consumidos, se asocia una mayor cantidad de efectos secundarios a los medicamentos derivados de los betabloqueadores en comparación con los diuréticos (Wright JM, 2002 citado en MINSAL, 2010). A diferencia de los calcioantagonistas que se asocian a una mejor adherencia al tratamiento. En segundo lugar, la complejidad del régimen es otro factor no adherente, de modo de que entre menos dosis diarias de medicamentos y menos cantidad medicamentos reducen el riesgo de no adherencia al tratamiento (Bangalore, Kamalakkannan, Parkar, Messerli citado en MINSAL, 2010). Adicionalmente, se ha observado que entre menos cambios se le realicen al plan terapéutico, hay mejor adherencia. En tercer lugar, las dificultades de acceso a los medicamentos y su alto costo son otro factor que se dificulta la adherencia a tratamiento de los pacientes hipertensos (Schafheutle EI, Hassell K, Noyce PR, 2002 citado en MINSAL, 2010).

Un factor que disminuye la adherencia en pacientes hipertensos, que se pudiese sumar a los anteriores, es la accesibilidad. Estudios recientes que investigan el por qué las personas no completan sus tratamientos de enfermedades crónicas muestran que el costo del transporte o la pérdida de ingresos por recibir el tratamiento pueden constituirse como factores no adherentes de mas peso que los costos del servicio de salud. A su vez, si el servicio no esta disponible en lo absoluto, o lo está pero a una distancia muy lejana, las personas no pueden utilizar estos servicios aún cuando son gratis (WHO, 2010).

De los factores presentados anteriormente, se supone que los problemas asociados a la adherencia del tratamiento no farmacológico serían muy similares a

los del tratamiento farmacológico, no habrían diferencias significativas entre estos dos aspectos o tipos de tratamiento (JNC-7, 2003).

Según la OMS (2004), algunas de las consecuencias, a nivel social, por la falta de adherencia a las indicaciones son el aumento del costo sanitario y la disminución de los resultados en salud, lo cual condiciona la efectividad del sistema de salud, lo cual resulta tremendamente preocupante, ya que se proyecta que las enfermedades crónicas representarán un 64% del total de la carga mundial de todas las enfermedades en el año 2020. Además, este mismo informe, expone que en países desarrollados la adherencia a enfermedades crónicas es aproximadamente un 50%, mientras que en países menos desarrollados esta cifra baja.

Los modelos teóricos de los cuales se ha intervenido en la adherencia en pacientes hipertensos son: (a) El modelo biomédico el cual relaciona adherencia con la enfermedad y las características del tratamiento (b) La teoría conductual, la que enfatiza el refuerzo de las conductas adherentes; (c) Las perspectivas comunicativas fomentan el desarrollo de habilidades relacionales para el trato de pacientes; (d) Los modelos cognitivos, al igual que el Health Belief Model y la teoría del comportamiento planificado (planned behavior) destacan la evaluación que hacen los pacientes de los riesgos y beneficios en la salud; (e) La perspectiva de la auto-regulación añade el rol mediador que cumplen las representaciones de la enfermedad y las habilidades de enfrentamiento de los pacientes, entre la amenaza para la salud y las acciones a realizar. Los enfoques mas recientes incluyen (f) El *information–motivation–behavioral* skills model, el cual plantea que la información es necesaria pero no es suficiente para cambiar el comportamiento, siendo determinantes críticos la motivación y las habilidades conductuales para el cambio de la conducta; y (g) El modelo de etapas de cambio (stages of change) o modelo trans-teórico (trans-theoretical), el que hace un estudio las motivaciones del paciente por el proceso de cambio (Herrera, 2010).

Las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia, por lo general, ocupan metodologías basadas en los modelos psicoeducativos y cognitivo-conductuales integrando una gran cantidad de estrategias, como son el uso de la información, recordatorios, reforzamiento, etc. A su vez, algunas pautas de intervención enfatizan en la relación entre el personal del equipo médico y el paciente, como por ejemplo, la importancia que tiene el intencionar una cooperación activa en vez de una actitud pasiva por parte del paciente (Von Korff et al, 1997 citado en Herrera, 2010).

El Ministerio de Salud (2010) realiza unas sugerencias o lineamientos de trabajo con los cuales el personal de la salud puede lograr la adherencia óptima del usuario, para lo cual es necesario orientar en el proceso de cambio de vida y que logre incorporar la medicación como parte de su estilo de vida y cotidianidad.

Las recomendaciones son: en primer lugar, hacer acciones que vayan dirigidas a simplificar el tratamiento medicamentoso, ya sea disminuyendo la frecuencias de ingesta, disminuyendo la cantidad de medicamentos y dar aquellos medicamentos que den mejores resultados a los pacientes. En segundo lugar, trabajar la educación sanitaria respecto a la enfermedad por medio de diferentes estrategias, como sesiones grupales, llamadas telefónicas, etc. En tercer lugar, se requiere capacitar al personal de la salud en consejería para la adherencia, es decir, enseñar o entrenar competencias a las personas que tratan a los pacientes hipertensos para que sean capaces de trabajar con ellos la adherencia. En cuarto lugar, realizar seguimiento de los pacientes mediante diferentes modalidades, por ejemplo, visitas domiciliarias, instancias en las cuales se puede generar y/fortalecer el vínculo con el personal del centro de salud. En quinto lugar, generar intervenciones que se ajusten de la mejor manera a la enfermedad y a las necesidades particulares de cada paciente. Por último, explorar y trabajar el nivel de adherencia que puede presentar el paciente mediante la entrevista motivacional, consejerías, sesiones grupales, incorporar al proceso a la familia o a los seres significativos, etc.

La Organización Mundial de la Salud (2004) enfatiza que el aumento en la efectividad de las intervenciones que van dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica puede tener una mayor repercusión en los tratamientos de los pacientes que cualquier tipo de intervención médica específica.

Así, la adherencia, los factores que inciden en ella y las intervenciones que van en dirección a aumentarla cobran gran importancia. Es por esta razón, que la Organización Mundial de la Salud (2004), señala que los factores que deben abordarse e intervenir para mejorar la adherencia son:

- (a) factores sociales y económicos
- (b) el equipo de asistencia sanitaria
- (c) las características de la enfermedad
- (d) los tratamientos y
- (e) los factores relacionados con el paciente.

#### **2.4. Teorías Subjetivas**

Se presentarán aquí las Teorías Subjetivas las cuales nos permitirán dar cuenta del fenómeno a estudiar, es decir, la adherencia de los pacientes con hipertensión.

Las teorías subjetivas son hipótesis, interpretaciones de la realidad elaboradas por las personas con la finalidad de orientarse y actuar respecto de si mismas y del mundo. Su naturaleza y estructura argumentativa es análoga a las elaboraciones teóricas de la ciencia (Catalán, 1997).

Los orígenes de las teorías subjetivas tienen sus inicios en Alemania, en donde sus principales referentes son Groeben, Flick y Sheele, autores de los cuales se profundizará posteriormente. Los postulados de Groeben, Flick y Sheele se corresponden – o superponen – en buena medida con los referidos a los

“constructos personales”, concepto surgido en USA, y con los de teorías implícitas, las cuales generaron mayor impacto en las investigaciones de habla hispana (Catalan, s/a). De los autores de habla hispana se pueden mencionar algunos autores de origen español como María José Rodrigo, Armando Rodríguez, Javier Marrero, Juan Ignacio Pozo, Guillem Feixas y Luis Botella.

En la línea investigativa estadounidense, el principal expositor es George Kelly, el cual es considerado uno de los primeros autores en hacer referencia a la organización de significados de los seres humanos en términos de teorías construidas individualmente (Groeben, 1990 citado en Castro, 2008). Este autor parte de la premisa de que una teoría ha de ser un marco de referencia para anticipar acontecimientos, su función principal es la de contribuir a la predicción del futuro, al control de los sucesos y a la exploración de sus posibilidades. Sin embargo, una teoría que es útil solo para la producción de hipótesis y que llevan a los sujetos a callejones sin salida no puede ser considerada como válida, por lo tanto, propone que una teoría debe ser capaz de generar hipótesis contrastables, que se traduzcan en predicciones tan precisas que sean inmediatamente sujeto de verificación incontrovertible (Kelly, 1955). Dichas características de una teoría, en un proceso de hipotetización y de la generación de conocimiento, según Kelly (1955), son aplicables tanto para el conocimiento científico, como también para los procesos proactivos de atribución de significado a la experiencia del hombre común y corriente. Ambas formas de generación de conocimiento (personal y científico) son esencialmente equiparables en lo que refiere a los procesos básicos. En lo que respecta a las similitudes, Botella contribuye diciendo que ambos procesos se caracterizan por *“la abstracción de similitudes y diferencias, la formulación de anticipaciones o hipótesis, la operacionalización de variables, el contraste de hipótesis y la revisión del marco teórico a la luz de la experiencia”* (Botella, 2000, pág. 1).

Es por la popularidad de los postulados de Kelly en el mundo de la psicología - debido a la recuperación del interés por los procesos mentales humanos -, que la

metáfora de “el ser humano como científico” ha estado presente en los trabajos de una gran cantidad de autores y de diferentes áreas del conocimiento. En palabras de D. Kuhn (1989 citado en Botella, 2000), *“la metáfora del adulto o el niño como científico intuitivo ha ido ganando aceptación en la última década. Igual que los científicos que exploran el entorno, construyen modelos como base para comprenderlo y los revisan a medida que generan nueva evidencia, la gente intenta dar sentido a su medio procesando datos y construyendo modelos mentales basados en ellos”* (pág. 674). Groeben, Flick y Sheele, al igual que Kelly, también contienen dentro de sus postulados la analogía entre las teorías científicas y las de “hombre de la calle” o lego (denominaciones de precisión discutibles, pero se utilizan solo con el fin de diferenciar ambas categorías). Tal metáfora, se torna aún más interesante cuando se constata en los estudios empíricos que las teorías no son de diversa naturaleza por el exclusivo hecho de que provengan de un hombre de ciencia o de un lego (Catalán 1997; Cabrera et al., 2002; Flick, 1995; Stenberg, 1982; citados en Moncada, 2007), sino que las dos distinciones principales residen en el hecho de que todos los individuos elaboran Teorías no-científicas, a diferencia de las Teorías Científicas, que son solo producidas por los llamados “hombres de ciencia” y en que las teorías científicas son de aplicabilidad restringida, compartidas parcialmente por la comunidad y no tienen pretensión de universalidad por parte de quién la construye (Catalán, 1997). Flick (2004 citado en Cuadra, 2009) complementa lo descrito anteriormente, afirmando que las personas, en su vida cotidiana, desarrollan teorías respecto del funcionamiento del mundo y sus actividades, en donde tales teorías son aplicadas, evaluadas y contrastadas con las actividades del diario vivir, además de tener una estructura lingüística y una forma de argumentarse que asemeja a las teorías científicas.

La metáfora del ““el ser humano como científico” se puede encontrar de manera implícita en los trabajos de Heider (1958) e Inhelder y Piaget (1958); en algunos teóricos de la personalidad, como por ejemplo, Berzonsky (1989, 1990, 1992), Epstein (1973), Howard, (1986), Johnson et.al. (1988). A su vez, existe una serie de investigadores que basan sus trabajos en la concepción del ser humanos como

un agente proactivo en la construcción de significado y que pueden observarse ciertos puntos de encuentro con las teorizaciones de Kelly, dentro de los cuales se pueden mencionar a: los autores de las psicoterapias cognitivas, por ejemplo, Beck et al. (1979); Ellis (1973), Guidano (1991), Mahoney (1991); los investigadores del desarrollo del ciclo vital D. Kuhn (1989), Rybash, Hoyer y Roodin (1986), Smoth y Baltes (1990) y algunos filósofos interesados en la epistemología Toulmin (1972) (Botella, 2000). A su vez, Weber (1922/1973), Dewey (1933/1989) y George Mead (1938) realizaron similares propuestas a las de Kelly, Groeben y Schelle, pero con el objetivo de comprender el pensamiento científico y no el cotidiano (Rodríguez, Rodrigo & Marrero, 1993 citado en Botella, 2000).

En el área de las teorías constructivistas de la psicología de la educación se puede observar una conexión más explícita con los postulados de Kelly, de hecho, una parte importante de la literatura respecto a las Teorías Subjetivas esta relacionada con los profesores, el aprendizaje y la enseñanza en la educación. Solo por nombrar algunos autores: Aguiar, & Sosa (1992), Aguilera (2008), Baena (1992), Barahona, Castro y Müller (2001), Calderhead, (1988), Castejón & Martínez (2001), Castro & Quintanilla (2000), Catalán, (1997), Fernández, (2001) y Castro, (2008). Un ejemplo de estos autores del área de la psicología de la educación es Novak (1993) el cual afirma que:

*“Mi tesis es simple, según mi punto de vista los procesos psicológicos mediante los cuales el individuo construye sus nuevos significados son esencialmente los mismos que los procesos epistemológicos mediante los que los profesionales de una disciplina construyen el nuevo conocimientos. (...) En ambos casos la construcción del conocimiento es un producto complejo de la capacidad humana para erigir significados, del contexto contextual cultural y de los cambios evolutivos en las estructuras del conocimiento relevante y en los medios de adquisición del nuevo conocimiento (pág. 168 citado en Botella, 2000)”*

Los investigadores de habla hispana, principalmente los de origen español, poseen una perspectiva psicologista de este concepto, denominándolo como “Teorías Implícitas”. Estos autores afirman que la función principal de las Teorías Implícitas es la de captar la realidad teniendo bastante cercanía con el concepto de Esquema Mental. A su vez, plantean que el investigador no tiene acceso a gran parte de los aspectos implícitos del sujeto, ya que sólo tendría un acercamiento a aquellas representaciones episódicas de las situaciones o tareas, dicho de otro modo, *“las teorías implícitas se activan y recuperan con distintos formatos representacionales dependiendo de su contexto de uso”* (Rodrigo y Pozo, 2001, pág. 409).

Por último, la línea de desarrollo alemana, en donde sus representantes principales son Flick, Groeben y Sheele ya mencionados al inicio de este apartado, presenta un enfoque constructivista de este concepto. El origen del concepto de “Teorías Subjetivas” de les atribuye a Groeben y Sheele en 1977, quienes proponen la siguiente definición:

*“Las Teorías Subjetivas son cogniciones de la visión de sí mismo y del mundo, que se pueden entender como un conjunto complejo, que tiene una estructura argumentativa por lo menos implícita, y que cumple las funciones de explicación, predicción y tecnología, contenidas también en las teorías científicas”* (Groeben y Scheele citados en Catalán, 1997).

A su vez, Flick (1992, citado en Catalán, 1997 pág. 3) complementa la definición de las Teorías Subjetivas afirmando que son *“hipótesis, que se dan en la vida cotidiana, que los sujetos elaboran acerca de ellos mismos así como acerca del mundo y que se relacionan entre ellas por su temática”*.

Desde esta perspectiva constructivista del fenómeno de las Teorías Subjetivas, los autores afirman que el sujeto si despliega todos sus conocimientos en la situación

de investigación, por lo que la forma de abordarlo es desde la co-construcción entre el investigador y el investigado (Moncada, 2007)

A modo general, no debe asumirse que las Teorías Subjetivas sean solamente de naturaleza cognitiva, ya que la cognición y la emoción son interdependientes y adquieren un significado en la praxis, o en la actividad del organismo (Kramer, 1990 citado en Botella, 2000)

Es a raíz de las diferencias entre las corrientes española y alemana, anteriormente presentadas, que puestas en relación con el objetivo de esta investigación, se opta por utilizar el concepto de Teorías Subjetivas. El motivo de esta elección es porque se considera que para este escrito resulta más adecuado el uso de este concepto, ya que el término de Teorías Implícitas podría ser mejor utilizado si es que la intención fuese referirse a los contenidos exclusivamente implícitos, aunque éstos sean explicitables. En cambio, a diferencia del concepto anteriormente mencionado, el término Teorías Subjetivas se refiere a las Teorías no-científicas, tanto en sus contenidos implícitos como explícitos (Catalán, 1997). A pesar de la distinción realizada, es que a grandes rasgos, se estará aludiendo a ambos conceptos. En relación a este tema, Gordillo (1991, pág.106 citado en Catalán, 1997) dice:

*“aunque se hable de pensamiento tácito o práctico, de razonamiento cotidiano, de teorías implícitas o personales, subjetivas o “en uso”, se hace referencia, generalmente a un tipo de pensamiento que se activa en la interacción social y que sirve como filtro para recibir y evaluar nuestra relación con los demás.”*

Otro aspecto relevante que es importante de abordar, es respecto a las funciones que de las Teorías Subjetivas cumplirían para el individuo. Las Teorías Subjetivas se construyen socialmente, pero funcionan y se vivencian, en la cotidianidad, como individualmente. Los sujetos no perciben sus teorías como abstracciones o convenciones sociales, mas bien, operan en el mundo experiencial concreto de cada individuo. Dicho de otra manera, el individuo no “va por el mundo”

contrastando sus hipótesis para comprobar si el mundo es así, sino que para el sujeto el mundo es así (Catalán, 1997).

Desde la visión de Flick (1992, citado en Catalán, 1997) la función de las Teorías Subjetivas serían, en primer lugar, la de orientación para enfrentar situaciones específicas, en segundo lugar, la de justificación, es decir, que el sujeto tenga una explicación a priori y posteriori de los eventos y en tercer lugar, la función de estabilización del sentimiento de propio valor. A su vez, tendrían la función de interpretar, explicar y/o predecir los comportamientos, de otros como también los de nosotros mismos (Rodrigo et al., 1985, pp. 146-147, cit. en Catalán, 1997, p. 5); tendrían una función central en la persona en la medida en que nos permitirían marcar pautas o directrices de nuestra propia conducta social (Groeben, citado en Cuadra, 2009)

Es necesario comentar que, al acceder a las Teorías Subjetivas de los sujetos involucrados en un fenómeno, lo que se intenta realizar es generar un marco comprensivo (Cuadra, 2009) de las teorías propias del sujeto respecto a la gran gama de temáticas de la realidad a la que pertenecen y como estas teorías se relacionan, operan o explican el como los sujetos se están relacionando con un algo en particular, como se comportan frente a este y, mas importante aún, que propuestas se pueden realizar para realizar cambios (Moncada 2007 y Catalán, 2001).

### **3. Objetivos**

Habiendo establecido que la hipertensión es una enfermedad crónica que se ha tornado en un problema epidemiológico mayor, en donde una de las grandes dificultades y desafíos que se presenta, en lo que respecta a al mejoramiento y solución de este problema de salud, es la baja adherencia de los pacientes.

El principal cuestionamiento que motivó la línea de trabajo a la cual pertenece esta investigación, es la pregunta de ¿por qué las personas que están enfermas y deciden (o por lo menos están de acuerdo) ingresar a un tratamiento médico para mejorar su bienestar (y que es efectivo), no adhieren a este? (Herrera, 2010).<sup>1</sup>

En base al marco teórico presentado anteriormente y al contexto en el cual se inserta esta problemática, en donde se destaca la importancia de una adherencia óptima para el manejo de la presión arterial, y la necesidad de estudiar los factores que influyen en adherencia, es que este estudio pretende, desde la perspectiva de las Teorías Subjetivas, aportar e integrar conocimientos con el área de investigación médica y de la psicología de la salud respecto de esta problemática.

Es por lo escrito anteriormente, es que la pregunta central de investigación es ¿Cuáles son las Teorías subjetivas de los pacientes hipertensos, respecto a la enfermedad y a la adherencia?

### **3.1. Objetivo General**

El objetivo principal de esta investigación es el de explorar y describir las Teorías Subjetivas de los pacientes hipertensos, respecto a su la enfermedad y a la adherencia. Para este objetivo, se plantean los siguientes objetivos específicos.

---

<sup>1</sup> Este estudio es parte de una investigación mayor, realizada por un equipo de investigadores. Se comparte muestra con la investigación "Cooperation and Resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs" (Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg), de Pablo Herrera (2010), con la investigación "Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida" (Universidad de Chile), de Cesar Escobar (2012) y con "Patrones relacionales y diálogos internos asociados a la resistencia al tratamiento de la hipertensión arterial" (Universidad de Chile), de Margarita Morandé (aún sin publicar).

### **3.2. Objetivos Específicos**

- 1) Explorar y describir las creencias de los pacientes Hipertensos respecto a la enfermedad.
- 2) Explorar y describir cuales son las causas que los pacientes hipertensos le atribuyen a la enfermedad.
- 3) Explorar y describir cuales son las expectativas de los pacientes Hipertensos respecto al padecimiento (del desarrollo o evolución) de esta enfermedad.
- 4) Explorar y describir las creencias de los pacientes Hipertensos respecto a la adherencia
- 5) Explorar y describir cuales son los efectos percibidos por los pacientes de la adherencia.
- 6) Explorar y describir cuales son las expectativas de los pacientes Hipertensos respecto a la adherencia.

### **3.3 Preguntas Directrices**

Explorar y describir las creencias de los pacientes Hipertensos respecto a la enfermedad.

- ¿Cómo se da cuenta los pacientes que están hipertensos?
- ¿Cómo han cambiado o variado los síntomas de la enfermedad desde que están en tratamiento?
- ¿Qué síntomas identifican como producto de la hipertensión?
- ¿Consideran los pacientes hipertensos que la enfermedad es crónica?

Explorar y describir cuales son las causas que los pacientes hipertensos le atribuyen a la enfermedad.

- ¿Qué causas identifican de la hipertensión?

- ¿Creen los pacientes que la enfermedad tiene relación con estados emocionales? Y si es así, ¿Cual?

Explorar y describir cuales son las expectativas de los pacientes Hipertensos respecto a la enfermedad.

- ¿Consideran los pacientes hipertensos que la enfermedad es crónica? O ¿Consideran que es una enfermedad de la cual se pueden sanar?
- ¿Creen los pacientes que la hipertensión es una enfermedad mortal?
- ¿Cómo creen que será su salud con esta enfermedad? ¿Les generará sufrimiento? ¿Es una enfermedad que no altera la rutina? ¿Les generará algún impedimento?, y si es así, ¿Cuáles?

Explorar y describir las creencias de los pacientes Hipertensos respecto a la adherencia

- ¿En que consiste el tratamiento para la hipertensión?
- ¿Consideran los pacientes hipertensos que la enfermedad es manejable?
- ¿De quien creen los pacientes que es la responsabilidad del tratamiento? ¿Del equipo médico? ¿De la familia? ¿De ellos mismos?
- ¿Qué es lo que les dificulta adherir? ¿Qué les facilita o promueve la adherencia?

Explorar y describir cuales son los efectos percibidos por los pacientes de la adherencia.

- ¿Qué consecuencias perciben del adherir en la sintomatología de la enfermedad?
- ¿Qué consecuencias perciben del adherir en el aspecto relacional?
- ¿Cómo es su relación con el equipo médico? ¿Ha cambiado? Y si es así, ¿De que manera?
- ¿Cómo es su relación con el entorno familiar desde que está en tratamiento? ¿Ha cambiado? Y si es así, ¿De que manera?

- ¿Han percibido consecuencias en su entorno social por ser hipertensos? Y si es así, ¿Cuales?

Explorar y describir cuales son las expectativas de los pacientes Hipertensos respecto a la adherencia

- ¿Consideran que es una enfermedad de la cual se pueden sanar?
- ¿Creen los pacientes que el adherir al tratamiento mejorará su bienestar?
- ¿Creen los pacientes que la hipertensión es una enfermedad mortal?
- ¿Cuáles son las consecuencias, según lo pacientes, del no adherir?

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Tipo y diseño de investigación**

En el presente estudio se utilizó un diseño no-experimental, exploratorio y descriptivo basado en una metodología cualitativa. Es de carácter descriptivo porque se pretende especificar propiedades relevantes del fenómeno estudiado mediante la evaluación y/o análisis de aspectos, dimensiones o componentes del mismo (Dankhe, 1986 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Por los objetivos de este estudio, es que se opta por una perspectiva cualitativa, ya que el análisis cualitativo es utilizado cuando se desea acceder a la experiencia del paciente y a los procesos subjetivos desde su propia perspectiva (Glaser & Strauss, 1967; Hill, 1990). En este caso, permite la emergencia de las versiones directas de los participantes en el estudio, validando su discurso como una forma de acceder a la comprensión y construcción del fenómeno estudiado (Taylor y Bogdan, 1992).

Los datos se recogieron en el contexto natural donde habitualmente los pacientes reciben el tratamiento y controles para su enfermedad, la Hipertensión Arterial. Se

usaron entrevistas semi-estructuradas para la obtención de la información. Se utilizaron los procedimientos de la Teoría Fundada para construir los resultados de modo inductivo gracias a los datos recolectados del fenómeno estudiado (Krause, 1995)

#### **4.2. Descripción del muestreo y muestra**

Dado el enfoque de esta investigación, el procedimiento de muestreo se orientó por la búsqueda de profundidad, riqueza y calidad de la información por sobre una gran cantidad de muestra. La muestra fue escogida de manera intencional, con el objetivo de obtener una muestra de caso tipo, en el cual existiera una cierta homogeneidad. Este tipo de muestreo busca describir un subgrupo en el cual los integrantes de éste posean alguna experiencia en común relacionada con el núcleo temático de la investigación (Patton, 1988 citado en Quintana y Montgomery, 2006).

La muestra se seleccionó mediante la definición de los siguientes criterios<sup>2</sup>:

- (a) Criterios de Inclusión: Diagnóstico de Hipertensión arterial, entre 25 y 70 años de edad, entrar voluntariamente al programa de tratamiento médico para la hipertensión, haber comenzado al tratamiento hace al menos un mes, vivir en Santiago, de nacionalidad Chilena, que necesitara realizar cambios en el estilo de vida sea parte de su tratamiento y al menos 8 años de preparación escolar.
- (b) Criterios de exclusión: Deterioro o limitación cognitiva, enfermedad psiquiátrica diagnosticada y comorbilidad actual con alguna enfermedad aguda.

---

<sup>2</sup> Se compartió muestra con la investigación "Cooperation and Resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs" (Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg), de Pablo Herrera (2010), con la investigación "Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida" (Universidad de Chile), de Cesar Escobar (2012) y con "Patrones relacionales y diálogos internos asociados a la resistencia al tratamiento de la hipertensión arterial" (Universidad de Chile), de Margarita Morandé (aún sin publicar).

Estos criterios de selección se suma al intento de que los pacientes entrevistados no provengan de un origen cultural muy distinto, que las dificultades económicas experimentadas no sean la principal dificultad de no adherencia, que no estén sometidos al tratamiento sin su voluntad y que no hayan iniciado el tratamiento tan recientemente como para no poder experimentar algún cambio, costo o beneficio de este.

Estos criterios permiten construir la muestra de manera ventajosa para los fines de la investigación, garantizando que ésta cuente con las características necesarias para obtener la información. La muestra consiste en un número de 16 pacientes y se obtuvo saturación de acuerdo al criterio teórico.

#### **4.3. Recolección de datos**

En la presente investigación, de acuerdo con sus objetivos, enfoque y diseño, se optó por utilizar un instrumento de metodología cualitativa, el cual corresponde a la entrevista semi-estructurada.

La entrevista constituye uno de los mejores recursos para acceder a la información contextualizada y holística, desde el punto de vista del entrevistado. Su objetivo principal consiste en captar los significados, perspectivas y definiciones con las cuales los sujetos clasifican y experimentan su mundo (Vieytes, 2004).

Esta herramienta se enmarca dentro de un diseño de tipo fenomenológico que se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes y responden a la pregunta ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona, grupo o comunidad respecto de un fenómeno? De acuerdo con Creswell, 1998; Alvarez-Gayou, 2003; y Mertens, 2005 (Citado en Hernández, Fernández & Baptista, 2006) es mediante la

fenomenología que se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente, basándose en el análisis de discursos, temas específicos y en sus posibles significados.

La entrevista semi-estructurada fue aplicada a la muestra de caso tipo en el espacio en el cual los pacientes reciben su tratamiento.

#### **4.4. Procedimiento**

Fueron contactados un psicólogo y un médico que trabajan en con pacientes hipertensos en el una institución del Sistema de Salud Público Primario en Chile (Centro de Salud Familiar Juan Pablo II, dependiente de la Universidad Católica de Chile), con el fin de facilitar el acceso a los pacientes a entrevistar.

El procedimiento para realizar las entrevistas fue el siguiente:

- (a) Enviar el proyecto de investigación a la institución para su aprobación por el comité de ética.
- (b) Revisar que pacientes cumplen con los requisitos de inclusión al estudio.
- (c) Obtener el consentimiento informado de los pacientes para la realización y grabación, de audio y video, de la entrevista.
- (d) Recolección de datos, análisis y selección de nuevos participantes del estudio usando el procedimiento de selección de muestra de la Teoría Fundamentada.

#### **4.5. Técnica de análisis de datos**

El análisis de la información recopilada por medio de las entrevistas semi-estructuradas se realizó de acuerdo a lo planteado por la Teoría Fundamentada o Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967).

La Teoría Fundamentada, creada por Glaser y Strauss en 1967, se refiere a una forma de generar teoría desde datos recogidos y analizados sistemáticamente a través de un proceso de investigación, donde se generan categorías iniciales y se descubren relaciones entre los conceptos. Esta construcción de conocimiento en base de los conceptos generados y las relaciones entre ellos, hace posible la coherencia interna del producto científico (Strauss y Corbin, 2002).

Los procedimientos diseñados por la Teoría Fundamentada, permiten generar un conjunto de conceptos integrados que posibilitan una minuciosa explicación teórica de los fenómenos estudiados. Fundamental resulta el proceso de conceptualización, que se refiere a la representación abstracta de un fenómeno considerado relevante dentro del proceso de investigación, en otras palabras, etiquetar un determinado fenómeno. Este procedimiento permite reunir diversos acontecimientos bajo una clasificación común, es decir, conceptualizar posibilita clasificar (Strauss y Corbin, 2002).

De acuerdo a este método, el primer paso es el de codificación de la información recolectada en categorías emergentes. Las categorías y conceptos derivados de este primer análisis son utilizados como hipótesis para ser testeada con la nueva información recolectada (Krause, 1995). Este procedimiento continúa hasta que se llega a un punto de saturación teórica.

Existen dos niveles de análisis, en primer lugar, el análisis descriptivo, el cual consiste en que la información es recolectada con el fin de ser examinada y conceptualizada con una etiqueta verbal que contenga su significado. Estos conceptos son posteriormente agrupados en categorías (algunas derivadas de los objetivos de la investigación y otras como emergentes novedosos) y organizados jerárquicamente. Este proceso es conocido como Codificación Abierta. En segundo lugar, el análisis relacional, el cual tiene como propósito el

establecimiento de relaciones y conexiones entre las diferentes categorías construidas en el análisis descriptivo (Krause, 1995).

En la presente investigación, se utilizó el primer nivel de codificación propuesto por la Teoría Fundamentada denominado, codificación abierta. En esta técnica, los datos se descomponen en partes, se examinan y comparan, buscando similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones que son considerados similares en su naturaleza o relacionados con el significado a nivel conceptual, son agrupados bajo conceptos más abstractos denominados categorías. Posteriormente, los datos se reagrupan a través de oraciones sobre la naturaleza de las relaciones entre las categorías y subcategorías. Estas oraciones resultantes son denominadas hipótesis, ya que la estructura resultante del análisis, permite generar nuevas explicaciones sobre la naturaleza de los fenómenos estudiados (Strauss y Corbin, 2002).

#### **4.6. Criterios de Calidad**

Al considerar en la presente investigación un criterio de rigor científico, se privilegió el criterio de transparencia, en el que se da al lector la posibilidad de comprender como se llegó a los resultados, a través de la clarificación de todo el procedimiento metodológico, desde la elección de la muestra hasta presentación de los datos.

A lo anterior, se agrega la triangulación múltiple como criterio de credibilidad y consistencia. En esta investigación, se utilizó como criterio de calidad la triangulación entre investigadores participantes en la recolección, examen y análisis de datos, desde distintas perspectivas y objetivos investigativos.

#### **4.7. Consideraciones éticas**

En la investigación se tomaron resguardos éticos para cuidar la voluntariedad y confidencialidad durante el estudio, así como la utilización de la información posterior.

La voluntariedad de los pacientes fue resguardada, por lo que su participación fue completamente voluntaria y así les fue comunicado. La voluntariedad fue cuidada al solo seleccionar adultos y a voluntarios con discernimiento, los cuales, firmaron un consentimiento informado (Anexo 1). En el proceso de firma del consentimiento informado, es decir, en la entrega de información antes de la firma del documento y en el inicio de las actividades propias de la investigación se le explicó claramente a los pacientes que en cualquier momento del proceso de la investigación ellos pueden dejar de participar en el estudio sin significarles consecuencias negativas con sus médicos tratantes o con la institución de salud. A su vez, también se les informó explícita y claramente a los pacientes que la confidencialidad es también resguardada tanto en el desarrollo del estudio como en el uso de la información derivada de éste. Uno de los mecanismos utilizados para resguardar el anonimato es el de utilizar un código alfabético en las bases de datos (sin usar sus nombres). Ninguna información personal ni datos del estudio serán compartidos ni revelados a otros grupos de investigación o instituciones (colaboradoras y no colaboradoras), solo serán publicados extractos de las entrevistas de manera anónima y como parte de futuras publicaciones científicas.

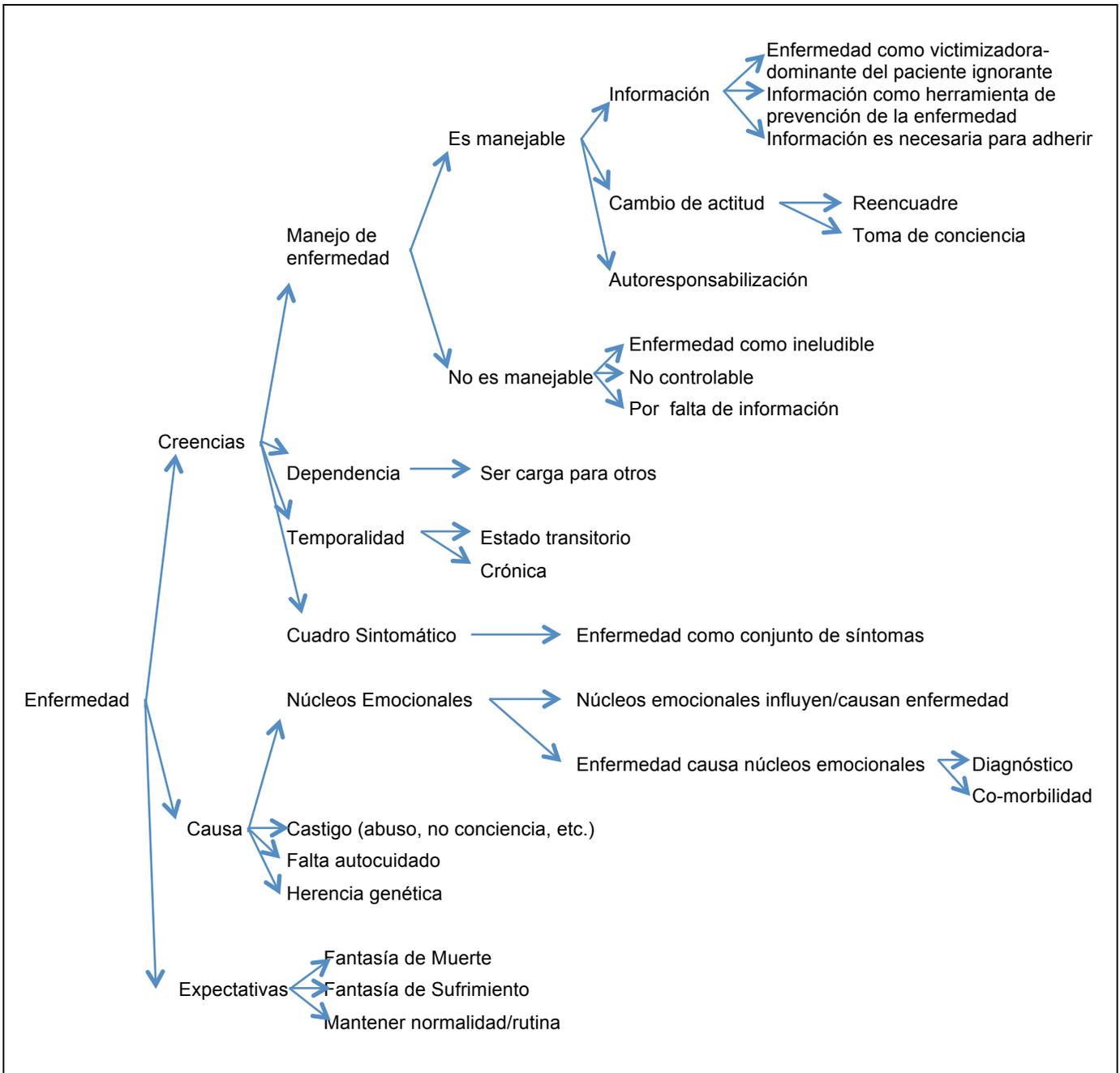
En relación a las entrevistas en profundidad, existe la creencia de que el discutir la experiencia personal respecto al tratamiento, sus creencias, conflictos y motivaciones para adherir o no adherir, de ninguna manera afecta negativamente al tratamiento médico. Esta creencia está fundada en la Teoría de la Entrevista Motivacional, la que postula que el discutir abiertamente la ambivalencia de los pacientes aumenta la motivación y la participación activa (Miller & Rollnick, 2002 citado en Herrera, 2010).

## **5. Presentación de resultados**

Al realizar el análisis descriptivo de las entrevistas, propuesto y descrito con anterioridad, es que se pueden distinguir dos grandes categorías, las Teorías Subjetivas de los pacientes respecto a la Hipertensión y respecto a la Adherencia. Ambas categorías son interdependientes y dan cuenta de la mirada global del fenómeno por parte de los pacientes, lo cual se constituye como una de las metas de la investigación, ya que da cuenta de cuales son las Teorías Subjetivas de los pacientes en torno al fenómeno estudiado. Dicho de otra manera, corresponden a aquello que los sujetos construyen teóricamente a partir de diversos elementos o aspectos - información, experiencia, creencias, fantasías, etc.- los cuales les permiten a estos sujetos construir una mirada subjetiva en torno a este fenómeno, lo que guarda una estrecha relación con las vivencias personales que el paciente hipertenso tiene al relacionarse con la enfermedad, la adherencia y con las personas involucradas en esta (profesionales de la salud, familiares, redes sociales, etc.).

### **5.1. Teorías Subjetivas respecto a la Hipertensión**

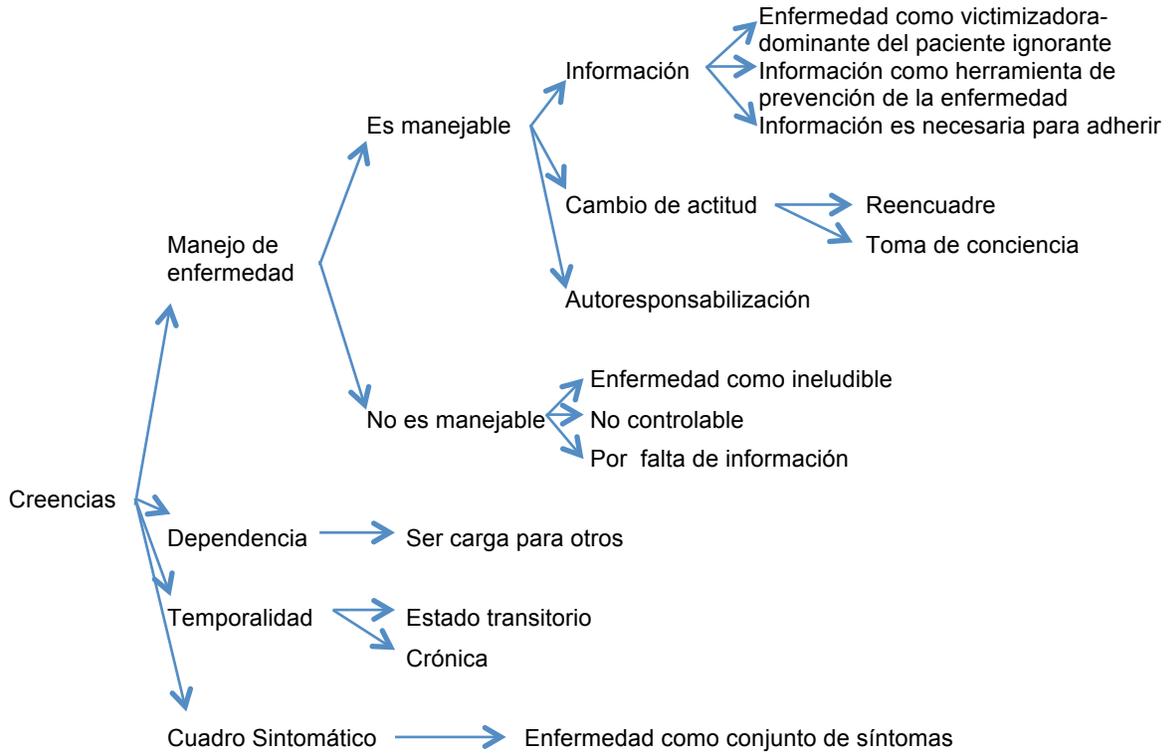
En esta categoría, se da cuenta de las Teorías Subjetivas que los pacientes hipertensos tienen respecto a su enfermedad. A continuación (Cuadro 1) se presenta el árbol de categorías general respecto a la Hipertensión.



Cuadro 1. Árbol de categorías respecto a la enfermedad

Se identificaron tres categorías principales: Las creencias respecto de la enfermedad, las causas de la hipertensión y las expectativas que se tiene de ella. Se observa, a modo general, que la información, creencias e ideas que tiene los pacientes con hipertensión no siempre están en la misma línea con la información entregada por el equipo médico.

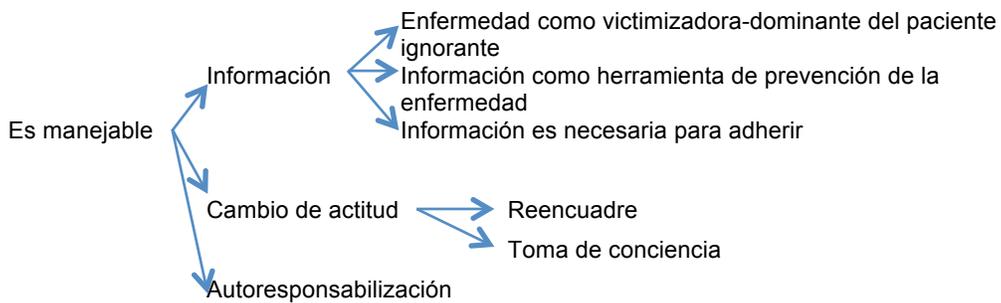
### 5.1.1. Las creencias respecto de la Hipertensión



#### (a) Manejo de enfermedad

Los pacientes perciben a la hipertensión en términos de ser una condición manejable o no manejable por ellos mismos.

- La hipertensión es manejable



Respecto a la idea de que la Hipertensión es manejable, los pacientes declaran que es una acción posible de realizar, pero está sujeta a ciertas condiciones para que esto sea posible.

En primer lugar, los entrevistados reportan a la *Información* como un aspecto relevante, e incluso determinante, para poder tener control por sobre esta enfermedad y no sentir que es en el sentido contrario. La falta de información clara y precisa hace que los pacientes no tengan las herramientas suficientes para poder hacer seguimiento de su sintomatología y para poder realizar los cuidados necesarios de manera óptima.

*“mira yo veía en mi mami, era por falta de cultura. En la época de ella no habían estas clases que ahora hacen o dice el medico la nutricionista. Que tiene que comer así que comer acá, todo eso no había en la época de mi mami, entonces en la época de mi mamá, fue una victima de la enfermedad y del medio. Nadie le dijo ni el médico y hasta ahora los médicos no te explican bien. Que consiste tu enfermedad y todo eso. Yo pienso eso por un lado: la falta de conocimiento real de la enfermedad” (IV. 127).*

A su vez, los pacientes reportan que una forma de tener control sobre la enfermedad es el de tener información sobre la Hipertensión para poder tomar acciones preventivas y/o de identificación de síntomas. Es común en el discurso de los pacientes el relato de haberse enterado de que son hipertensos por crisis de alza de presión muy fuertes, y que la sintomatología previa a ese episodio no pudo ser identificada por ignorancia.

*“E: que no saben. Si usted supiera más de esto. De la enfermedad le serviría, saber más de la enfermedad? P: yo creo que se pueden prevenir muchas cosas al saber más” ...”P: que nos diera una hojita. Bueno ahora me dieron una (risa) una hojita para guiar la dieta. Que nos dijeran la Hipertensión es de esto. Un papelito. O al corazón, porque se siente. Yo sé que cuando uno está muy gorda, el corazón trabaja más. Y que no comiera tanto un también” (III. 127).*

Por último, algunos pacientes plantean que el no tener información y la falta de educación respecto a la enfermedad que padecen, no les permite tener las suficientes herramientas como para adherir correctamente ni para otorgarle la importancia que requiere al cuidado de esta enfermedad.

*“E: Qué cree que hace que otras personas no se cuiden tanto, no sigan mucho el tratamiento P: yo creo que es falta de educación” (X. 81).* El mismo paciente complementa lo anteriormente dicho, *“por parte del mismo médico que no le explica que si ella enferma porque le sube la presión va a ser un problema para ella, para su familia, para su entorno” (X. 84).*

En segundo lugar, los pacientes hipertensos reportan que un factor importante al momento de hacerse cargo de la propia salud es el *cambio de actitud*. Este cambio de actitud consiste en que se adopta una postura frente a la salud, vida o enfermedad más movilizadora, es decir, que le permita realizar acciones de auto cuidado. Se observa en el discurso de los pacientes, que el cambio actitudinal consiste en un movimiento, que parte desde un sentir angustioso, de miedo, desesperanza, negación o de desvalorización del bienestar, hacia un reencuadre o una toma de conciencia.

*“Como que estoy haciendo algo por eso para eso y no así como arrojada las circunstancias de la vida, que uh que mala suerte, si no que me sentí como responsable y activa en este proceso”. (VI. 60).* Reflejando un cambio mas radical, un paciente dice: *“Ahora no po, no le digo. Yo ahora valorizo mi vida, antes no valorizaba para nada, me daba sí. Me atropellaban, cualquier cosa. Ahora yo decido lo que yo hago, no veo a nadie que ande curao, que ande fumando al lado mío, todas esas cosas así, entonces yo ahora me valorizo yo sola.” (IX. 60).*

El párrafo a continuación, muestra mas claramente como el entrevistado/a realizó un trabajo consciente respecto a su postura frente al diagnóstico y a la enfermedad.

*“si tu, o sea visualizar el problema, la causa de la enfermedad, por ejemplo ahora en estas últimas alzas de presión, tuve que llegar a eso y visualicé el problema yo*

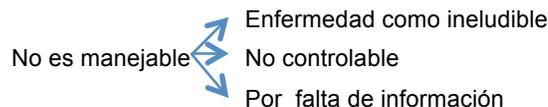
*creo que por eso no tengo ahora la presión alta, estoy segura que no la tengo, pero también digo ¿Cuanto me durará? Entonces por eso pienso que, ahora pienso detecté el problema y vi que el problema no esta en mis manos, no lo puedo resolver. Es un problema ajeno a mi entonces tengo que tener una actitud frente a ese problema” (IV. 93)*

En tercer lugar, los pacientes declaran que la posibilidad de manejar la enfermedad tiene que tener a la base la *auto-responsabilización* por parte de ellos mismos, entendiendo que son ellos mismos los responsables del realizar los cuidados y de adherir a las indicaciones dadas por el equipo médico, además de comprender que las consecuencias de no realizarlas repercutirá en su bienestar.

*“entonces lo que me incentiva a mi es saber que, saber que si llego a recaer va ser culpa mía, no va ser culpa del doctor ni del que vive conmigo.” (X. 46).*

Reforzando lo anteriormente dicho, el sujeto afirma que *“ahora cuando tengo ese pedazo de chocolate que me queda ahí, lo tengo, lo veo cada vez que abro el mueble, veo el chocolate y a su vez prefiero comerme un pedazo de manzana o comerme una naranja que me hace mejor que estarme comiendo” (X. 84).* Otro paciente comenta en la misma línea, *“Porque es un bien pa mi po. No un bien pal médico, el médico dice lo que hay que hacer no más y nada más. Si uno no cumple, es ya problema de uno ya” (XI. 70).*

- La Hipertensión no es manejable



Los pacientes declaran que una de las razones por la cuales ellos consideran que la Hipertensión no es manejable, es por el carácter de *Ineludible* de esta condición. La enfermedad se les presenta como ineludible de dos maneras: por un

lado, como un ente que a pesar de sus mecanismos de negación y de evitación sigue estando presente a nivel sintomatológico.

*“sí, si eso también es una rabia con la enfermedad, entonces como que me niego y resulta que, que la presión está alta y como que eso es tan evidente que no puedo decir a no, no po esta ahí” (IV. 57).*

Y por otro lado, como una carga heredada. Esta percepción de la enfermedad guarda estrecha relación con un historial familiar de cuadros hipertensivos. Es bastante común encontrar en los relatos la idea de que el ser hipertensos era algo esperable y que independiente de las circunstancias, iban a padecer de esta enfermedad.

*“pero igual pienso que, bueno eso que hay un antecedente familiar, eso me decía la doctora, que dijo: tienes una fuerte herencia por ese lado por papá y mamá, entonces no hay mucho por donde irse por ese lado, o sea no hay por donde salvarse” (IV. 91).*

Otro motivo por el cual los pacientes perciben que la hipertensión no es manejable, es porque le atribuyen la característica de ser *no controlable*. Esta categoría podría confundirse con la presentada anteriormente (hipertensión como *Ineludible*), pero se diferencian en que están en planos distintos. Los pacientes al referirse a lo ineludible de la hipertensión, es en un plano en el cual se pone en juego la existencia de esta, en cambio, al referirse al control de la enfermedad, es mas bien enfocado a la capacidad que tiene el paciente de predecir y manejar la sintomatología. Algunos entrevistados plantean que la enfermedad no es controlable porque la sintomatología aparece a pesar de los esfuerzos que hagan por controlarla (desde su bagaje de conocimiento de la enfermedad).

*“Claro, yo pensé que se me iban, eh que se me iban a desaparecer, pero uno va viendo que disminuyen, pero igual de repente como que... aparecen la misma... digo yo de repente cuando me sube demasiado la presión yo vengo aquí a controlarme, al tiro me preguntan, pasa rabia, tiene problemas... y le digo yo, yo realmente yo no paso rabias, y no sé por qué entonces la presión... y esa es la*

*otra parte que yo no entiendo, por qué de repente la... la presión sube” (XV.89). Explicando aún más la sensación de imposibilidad de controlar la enfermedad, “estoy segura que no la tengo, pero también digo ¿cuanto me durará? Entonces por eso pienso que, ahora pienso detecté el problema y vi que el problema no está en mis manos, no lo puedo resolver. Es un problema ajeno” (IV. 93).*

Finalmente, la *falta de información* es sindicada como uno de los motivos de los cuales la hipertensión pasa a ser una enfermedad no manejable. Señalan que el no tener los conocimientos mínimos de la hipertensión y sus implicancias no les permite tener las herramientas para saber que es algo manejable y que ellos pueden ejercer ese control.

Este paciente en particular ejemplifica más claramente la categoría, *“Fue una víctima de la enfermedad y del medio. Nadie le dijo ni el médico y hasta ahora los médicos no te explican bien. Que consiste tu enfermedad y todo eso. Yo pienso eso por un lado: la falta de conocimiento real de la enfermedad.” (IV. 127) “es un buen médico pero tampoco él hace educación [...] si no es responsabilidad mía, si no somos adivinos por no tenemos por qué saber de la enfermedad si yo no soy médico ni adivino, ni enfermera, soy así entonces eso. Yo pienso en una persona común y corriente mamá. Que está en la casa y todo eso, que relación tiene ella con la enfermedad o sea ninguna... si a ese paciente le dijeran realmente y le hicieran inducción, formación, le informarían de, las cosas serían mucho mejor” (IV.137)*

(b) Dependencia

Dependencia → Ser carga para otros

Los entrevistados señalan que el estar enfermo de hipertensión es causa de ser *dependiente de otros*. Esta teoría tiene a la base, por un lado, un desagrado frente a la idea de ser dependiente de otro en general, es decir, no tiene una estrecha relación con alguna enfermedad en particular.

*“No... Porque yo siempre he dicho que la caridad de uno, si uno está enfermo, depende de uno que, que se cuide, porque o sino para los demás uno es un cacho”, “ni mi hijo ni mi familia. Y de irme de este mundo que el señor me lleve así (con los dedos) y no darles problemas a los demás, porque todos tienen su vida propia y un enfermo es mucho problema y eso es una pauta para que yo me cuide” (XV. 18).*

O por otro lado, una experiencia con un familiar o ser cercano con hipertensión, el cual en el desarrollo de la enfermedad, se generó una dependencia con otros para poder llevar a cabo funciones cotidianas.

*“Mi mamá, de primero por ejemplo ella, había, eh, perdió toda la movilidad de un lado, había que bañarla, vestirla, lo único que ella con, con la manito, porque ella le dio en el lado izquierdo, ella por ejemplo, ella podía comer solita, pero todo había que (...)” (XV. 81).*

### (c) Temporalidad

Por temporalidad se entiende la percepción de los entrevistados respecto a la duración de la enfermedad. Se observan las categorías: la hipertensión es una enfermedad crónica o una condición transitoria (como enfermedad aguda).



- Estado Transitorio

Parte de los pacientes creen que es una enfermedad que “se va a pasar”, que en algún momento dejaran de tener problemas de alzas de presión y, por lo tanto, de realizar los cuidados del tratamiento. En el discurso se puede observar que esa teoría es puesta en cuestión por la información entregada por el equipo médico y/o por la experiencia.

Este entrevistado ve cuestionada su creencia de no-cronicidad de la hipertensión por el profesional que entrega la información *“me dice ahí tiene que estar tomando medicamentos de por vida y toda la cuestión, pero dije yo como va a ser tan, ... tan complicado, debe ser que por un tiempo a lo mejor, uno va a tomar remedios, y después, se le irá a pasar y los cuidados irán a ser menos”* (XV. 77). En esta cita, la experiencia de que la alza de presión es persistente a pesar de que los cuidados realizados debiesen haber generado el efecto de “mejoría”, *“ya empecé con problemas. Que era muy buena para comer cosas que no debía comer, así engordé así. Entonces ahí empezó, empezamos, empezamos, empezamos y supuestamente cuando yo ya me mejorara se tenía que ir esa hipertensión, yo con la presión alta y todo, no se fue yo me quede, me quede, me quede”* (XII. 10).

- Enfermedad Crónica

Algunos entrevistados creen y explicitan que la hipertensión es una enfermedad crónica, o la consideran más bien una condición, lo cual también le otorga la característica de ser permanente en el tiempo. El tener plena conciencia y aceptación de que la hipertensión es una enfermedad que no dejarán de padecer, les permite tener una actitud distinta frente a la adherencia y a los cuidados, en comparación a los pacientes que esperan dejar de ser hipertensos en algún momento.

Las siguientes citas son muestras de que cuando en el discurso de los pacientes aparece la idea de cronicidad, *“no es una enfermedad, quiero volver a decirlo, es una condición que puede agravar muchas enfermedades y así lo hemos tomado. La Hipertensión no es una enfermedad es una condición”* (XIII. 32) *“En momentos de tensión yo reconozco que se me sube la presión y vuelvo a sentir los síntomas eh pero yo creo que es algo que me va a acompañar hasta que yo me muera”* (XIII. 16). Este paciente le otorga la cualidad de agravante a la cronicidad de su enfermedad *“[...] aparte de eso soy HTA que es una enfermedad crónica”* (X. 24).

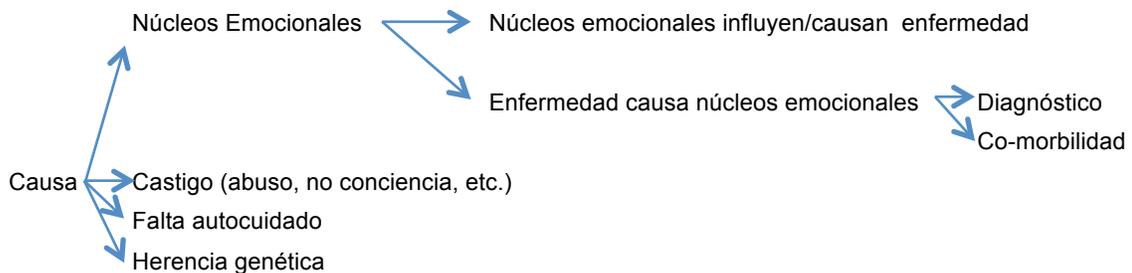
(d) Cuadro sintomático



Unos discursos giraban en torno a la teoría de que las enfermedades son un conjunto de síntomas, es decir, que para el paciente se hace presente la enfermedad al generar malestar físico. Esta forma de concebir y relacionarse con las enfermedades, pasa a ser un tema relevante y de riesgo en relación a la hipertensión, ya que en ciertas ocasiones, ésta se presenta asintomáticamente.

*“Pero yo creo que por el dolor. Y como la Hipertensión es una enfermedad silenciosa yo no siento dolor, entonces te digo y es verdad, cuando me siento mal. Tengo la presión alta, pero no cacho me pierdo” (X. 24).*

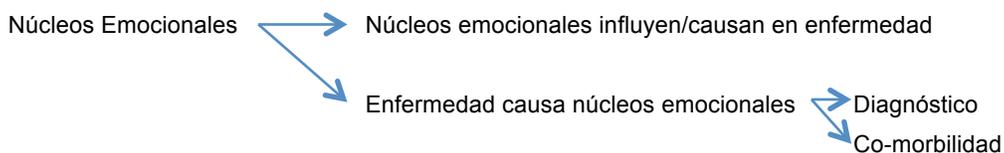
**5.1.2. Las causas de la Hipertensión**



(a) Núcleos emocionales

Cuando se habla de núcleos emocionales, se hace referencia a alteraciones emocionales que se relacionan con la enfermedad. En el discurso de los pacientes se puede observar dos tipos de teorías subjetivas en relación a los núcleos emocionales y a la hipertensión: por un lado, los núcleos emocionales causan o

facilitan que se haya generado la enfermedad y por otro lado, la hipertensión genera núcleos emocionales.



- Núcleos emocionales influyen/causan la hipertensión

Algunos pacientes le otorgan bastante protagonismo y responsabilidad a las alteraciones emocionales repentinas como también a estados anímicos no saludables que se prolongaron en el tiempo, en la generación de las alteraciones de presión arterial. Los extractos presentados a continuación dan cuenta de la misma categoría pero desde distintos puntos de vista.

*“en relación al momento que estoy viviendo. Porque lo primero que me surgió fue ya tanto al cántaro de agua que al final se rompe jajaja como que es eso” (VI. 198), “yo creo que son, problemas, yo pienso que es una cuestión psíquica, en mí por lo menos y que no me he manejado bien” (IV. 91), “si, la angustia una pena profunda, profunda que te crea una angustia, la muerte de alguien inesperadamente, la angustia que te provoca que te roben o que te asalten, la angustia que te provoca un accidente de tránsito, la angustia que te provoca que tu sabes que alguien que tú quieres está en un momento dramático, sí también te sube la presión” (XIII. 46). En el caso de otro paciente, “por rabia, la rabia es una cosa que está muy asociada a la Hipertensión, muy asociada” (XIII. 40).*

- La hipertensión genera núcleos emocionales



Los entrevistados que reportan haber sufrido alteraciones emocionales como consecuencia de ser hipertensos y que a su vez, este estado genera mayor

malestar de salud. Mencionan que esta emocionalidad alterada es, por un lado, en reacción al *diagnóstico*.

*“y cuando ella me dijo que yo tenía HTA o sea, a mi me dio la depre. No fui más a controlarme. Y me cambié de consultorio por que según yo ellos estaban locos. (risa) me vine para acá y acá me, dijeron lo mismo” (XVI. 56)*

O por otro lado, por impacto emocional que produce el diagnóstico debido a la existencia de una enfermedad importante con anterioridad (*co-morbilidad*). Esta enfermedad previa es por lo general diabetes o alguna enfermedad psiquiátrica como, por ejemplo, depresión. Se observa que una característica en común entre las enfermedades mencionadas en esta categoría, es la cronicidad de las enfermedades padecidas.

*“si, entonces después empecé: no mejor no salgo a la calle, para que no me pase nada, que me pase algo en mi casa pero no en la calle y empecé así (gesto circular con la mano) y pienso que eso fue lo que me tiró mas para abajo. Yo siempre tuve por ejemplo depresión, desde chica por todo lo que le conté a usted que me había pasado. Pero esto fue como mas que me tiro así (gesto con la mano hacia abajo)” (I. 11).*

(b) La hipertensión es un Castigo

Un grupo de pacientes creen que la causa de la hipertensión, en su caso en particular, es producto de sus conductas inadecuadas, es decir, es percibido como un castigo. Se expresan en términos de “suerte” y “excesos”, los que principalmente guardan referencia al alcohol, sobre o mala alimentación, cigarrillos, etc.

*“ehhh (suspira) Que significa para mi (la hipertensión)...haber abusado mucho de la suerte que tenía, creo” (VI. 26).* En adición a lo anterior, *“no, yo creo que cuando me salgo de los límites de la presión (realiza gesto de límites) es porque probablemente comí algo que tenía mucha caloría o algo que tenía crema” (X. 36).*

(c) La hipertensión es por falta de autocuidado

Cuando los pacientes se refieren a autocuidado, hacen referencia a falta de sintonía con su corporalidad y/o emocionalidad como causa de las alzas de presión. Mencionan que es por no “haberse escuchado” o haberse enfocado en estilos de vida poco saludables, tanto física como emocionalmente que están enfermos.

*“no se, a lo mejor recalcar que tiene que ver con una cuestión emocional la adherencia al tratamiento que tiene que ver con una toma de conciencia de los procesos fisiológicos que nos mantienen vivos” (VI. 196).* El mismo sujeto entrevistado agrega, *“tanto vivir en la incidencia en el hacer, en el producir como que uno tiene que generar cosas generar no sólo dinero si no que relaciones, generar un montón de cosas que al final de cuentas lo van alejando de uno mismo y resulta de que...por lo menos a mi me ha pasado que me desconecto de mi en otros sentidos” (VI. 200)*

(d) La Hipertensión es por Herencia Genética

En el discurso de los pacientes esta bastante presente el conocimiento de que la herencia genética es una de las causas de la hipertensión, fenómeno que guarda mucha relación con el hecho de que esta información está presente dentro de la entregada por el personal del equipo médico, Pero esta causa, es reconocida como principal, en mayor medida, por aquellos pacientes que tienen familiares cercanos con hipertensión.

*“Yo lo tomé mal, pero después me fui informando que mi papá es hipertenso. A él se le declaro un cáncer y ahí le dijeron que era hipertenso y mayormente en mi familia a mí se me declaró que soy hipertensa y mis hermanas parece que andan por ahí también” (X. 30), “principalmente es genética, yo lo he visto porque ha sido diferenciado hombres y mujeres dentro de la familia [...] que había una genética de HTA muy fuerte por el lado paterno y materno” (XIII. 13).*

### 5.1.3. Las expectativas de la Hipertensión

En lo que se refiere a las expectativas que los hipertensos tienen de padecer esta enfermedad, estas se pueden agrupar en tres categorías: en fantasía de muerte, sufrimiento o de mantención de la rutina.



#### (a) Fantasía de Muerte

Los pacientes que tienen la teoría de que la hipertensión es posible causa de muerte, lo hacen desde una posición más negativa y determinante de su bienestar. Pero este discurso se caracteriza por tener “agravantes” en su percepción de salud actual, ya sea por comorbilidad, experiencia negativa previa, etc.

En referencia a esto, un paciente comenta *“con diabetes e hipertensión entonces yo dije: ya yo de esta yo. Cuando empiecen los malos olores es por que ya me voy a morir me empecé a “psicocear” sola.”* (XVI, 16). El mismo paciente agrega, *“Entonces ahí empecé: es tonto decirlo por que cuando uno pasa solo uno piensa mucho, y empecé a recordar todo lo que hacía en el hogar y me empecé a acordar de los pacientes y empecé a pensar: este murió de esto y éste murió de esto, así voy a quedar yo, así me va a pasar, empezaba a sentir los síntomas estúpidamente.”* (XVI. 84)

#### (b) Fantasía de Sufrimiento

Algunos pacientes reportan tener miedo por el sufrimiento que esta enfermedad significa, y que, desde su teoría, es un proceso que vivirán. Al igual que los

pacientes que reportan fantasías de muerte, es una posición más pesimista y determinista de su situación actual y futura.

Ambos entrevistados logran representar la categoría desde puntos de vistas distintos, desde el personal y desde el ver a un ser querido sufriendo, *“no, no después cuando ya, como que paso. Ay!! no se, parece que hay un rechazo muy de adentro, yo creo que por toda la cuestión de mi mamá y todo el cuento haberla visto tan más y todo eso” (IV. 24), “Sabe que yo no se lo doy a nadie. Ni a mi peor enemigo, sentir, todo lo que yo sentía. Y tener miedo de salir a la calle, por que usted deja de tener su vida propia por tener por que tiene miedo a todo, a todo lo que te va a pasar.” (XVI. 84).*

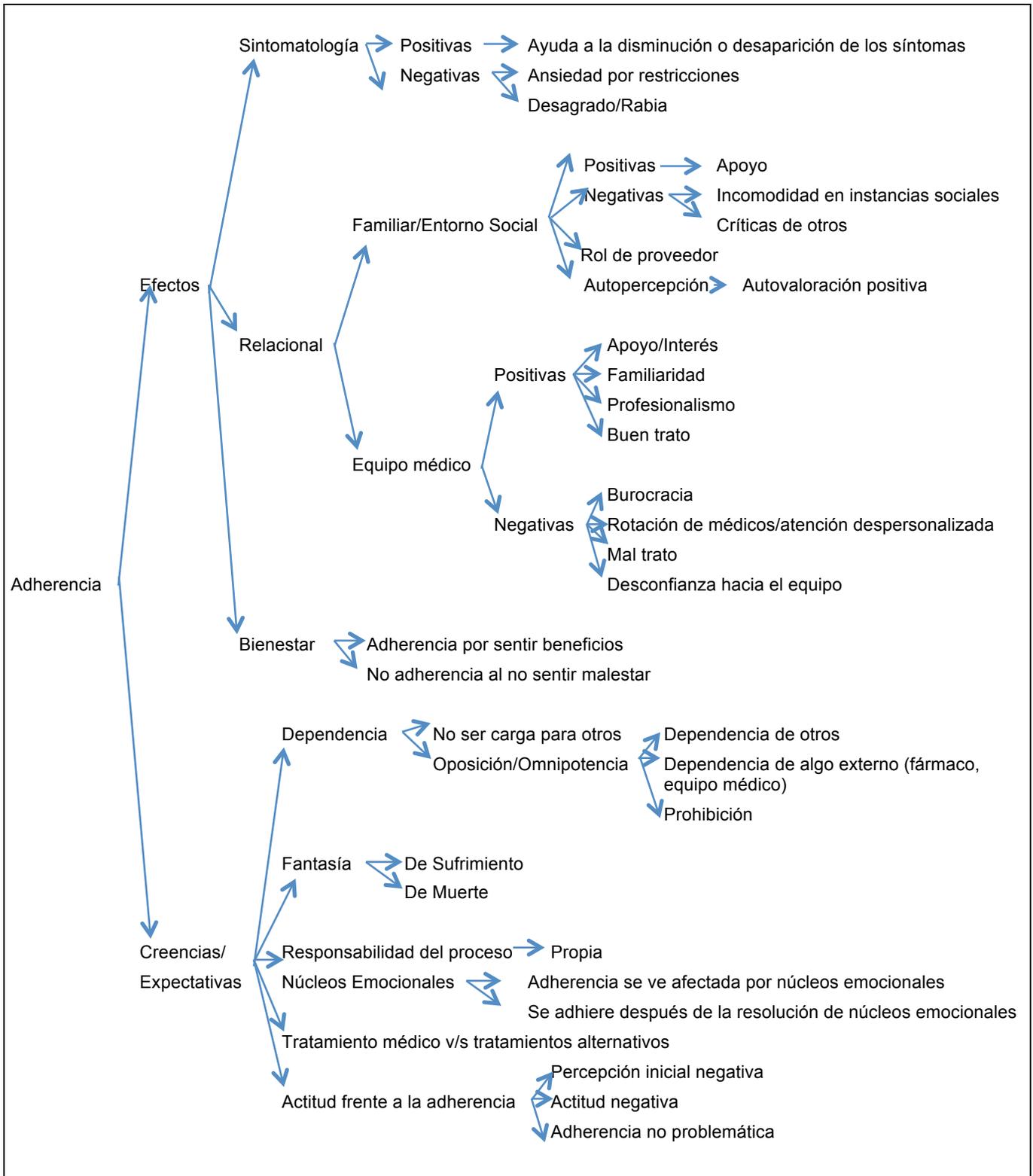
(c) Fantasía de mantener normalidad/rutina

A diferencia de las categorías anteriores, se observaron, en bastante menor medida, algunos discursos que al pensar en el futuro en relación a la hipertensión, no creen que esta enfermedad sea algo disruptivo o que les vaya a alterar su rutina.

*“yo me lo tomé como cualquier cosa, por que resulta que yo sigo trabajando normal po.” (XI. 39).*

## **5.2. Teorías Subjetivas respecto a la Adherencia**

Al explorar y describir las Teorías Subjetivas de los pacientes hipertensos respecto a la adherencia se pudieron identificar dos grandes categorías: los efectos del adherir, y las creencias y expectativas de los entrevistados. A continuación, en la siguiente página, se presentan las categorías respecto a la Adherencia (Cuadro 2).



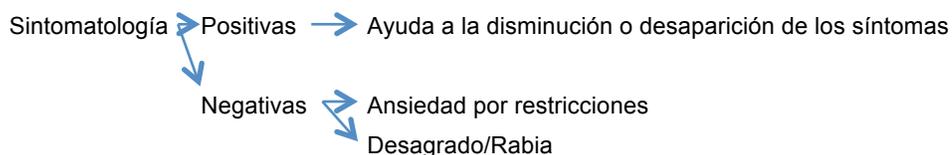
Cuadro 2. Árbol de categorías respecto a la Adherencia

## 5.2.1 Efectos



### (a) Sintomatología

Los entrevistados reportan efectos positivos y negativos en el aspecto sintomatológico de su enfermedad producto de seguir las indicaciones dadas por el equipo médico.



- Positivas

Los pacientes identifican como efecto positivos en la sintomatología, de proceso de adherir, a la disminución o desaparición de los síntomas. Los pacientes que declaran respecto a este tema, son aquellos que tienen a la base la teoría de que el tratamiento es para (y debe) disminuir o desaparecer la sintomatología de la enfermedad. A su vez, estos entrevistados presentan un cuadro hipertenso con mucha sintomatología, para ellos, la hipertensión no es una enfermedad “silenciosa”.

*“¿en que sentido me sirven a mi? Porque yo se como esta mi cuerpo ¿me entiende? Por eso que yo me siento bien porque yo sé como esta mi cuerpo. Este último control que me hice ahora, yo no me lo hacia del año pasado por que la doctora me dijo: venga en 4 meses más y en 4 meses más me encuentra perfecto, entonces que es lo que pasa, soy yo el que esta poniendo de su parte.” (XI. 176).*

- Negativas



Algunos entrevistados identifican como una consecuencia negativa del proceso de adherencia el hecho de vivirse los cuidados indicados como una *prohibición* (en especial en lo que se refiere a las restricciones alimentarias) de aquello que históricamente ha cumplido un rol de mecanismo regulador de las emociones.

*“es que se me olvida a mi po. Yo no sé si me habrán dicho o no. Lo único que me dicen que me cuide que me, que haga régimen que ella me, me. Como a veces le da a uno ansiedad por comer, por comer. Tiene una pena así y le da por comer. Eso po. Esa ansiedad a uno le afecta” (III. 17).* Complementando el extracto anterior, el paciente declara *“Creo que la mejor terapia es mantenerse ocupada para ¡no estar comiendo! Este mismo curso a mí me ha servido un montón. Y no está pendiente uno a que le da ansiedad y va saca un chiquito y a la boca y lo menos que toma uno es fruta para comer en caso de ansiedad.” (X. 48).*

Otro grupo de entrevistados declara que ha percibido “*desagrado*” como efecto de adherir, este desagrado surge de dos maneras, en primer lugar, como una respuesta emocional de descontento, rabia y rechazo frente a los cambios de estilo de vida que se requieren realizar. Se observa que los pacientes declaran haber vivido estas sensaciones más intensamente al inicio del tratamiento.

*“No, por ejemplo de primera, sí fue difícil, porque imagínese que lo mismo de dejar de empezar... a disminuir la sal, y había un tiempo en que yo comía sin una pizca de sal para mí fue,... era como... o sea como que me molestaba... empezar a comer... y ahí estaban mi marido y mi hija y me decían haz la comida sin sal y nosotros le... le echamos a los platos de ellos. Pero igual yo lo encontraba tan malo y era como oh... eh, no sé... me daba como rabia comer. No me gustaban esos horarios de... de comer, porque como le digo yo, a mí me gustaba todo saladito, pero de a poco... hasta que fui disminuyendo, disminuyendo, hasta de a poquitito, yo creo que al principio todo es difícil y después ya uno se acostumbra” (XV.109).*

El *desagrado* también aparece, en menor medida, como una forma de nombrar a las sensaciones o síntomas físicos que les generan molestia producto de la adherencia.

*“Yo pesaba 82 ella me dio una dieta estricta, estricta. Yo bajé, se lo juro, como 20 kilos. ¡Bien! Excelente. Andaba muerta de frío. Andaba mal genio. No podía trabajar. (risas) por que a todos retaba. ¡Si en serio! Si tuve que pedir hasta una licencia. Andaba histérica” (XVI, 112).*

En los casos anteriormente presentados, los pacientes tienen la creencia de que el tratamiento “hace más mal que bien” y por lo tanto le son resistentes.

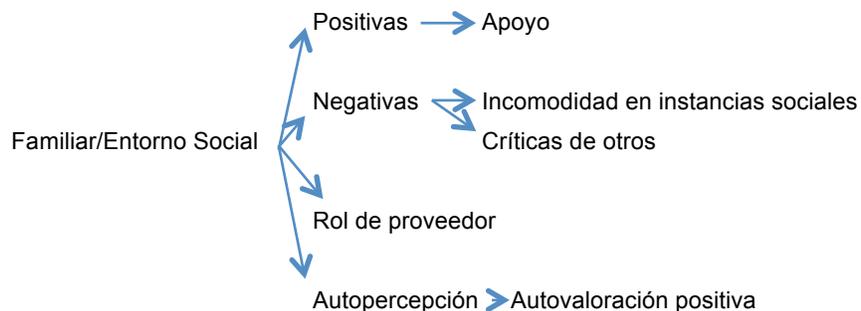
(b) Relacional

Los entrevistados declaran efectos de adherir a nivel relacional/interpersonal. Se pueden identificar dos ámbitos principales, la familia y entorno social cercano, y la relación interpersonal con el equipo médico.



- Familiar y entorno social cercano

Los efectos de adherir percibidos por los pacientes en su entorno social más cercano se pueden agrupar en: positivas, negativas, rol de proveedor y de auto percepción.



- Positivas

Positivas → Apoyo

Los efectos denominados como positivos por los entrevistados guardan relación con sentirse apoyados, acogidos y cuidados por aquellas personas que los rodean y que a la vez, pueden verse afectados por los cambios de estilo de vida necesarios para conseguir el bienestar. Podría desprenderse que la creencia de estos sujetos es que al adherir son apoyados y contenidos, como también, el que la adherencia es posible por el apoyo y la contención. Además, podría plantearse que los sujetos creen que pueden generar consecuencias negativas a nivel relacional si es que no adhieren.

*“Yo desde que yo tuve esto mi familia, yo creo que mi familia ha sido... porque ellos siempre me han ayudado a mí en todo [...] Y todos, cuando supieron que yo tenía esto. Uiii Se vino todo el apoyo a mí y siempre y ahora que soy sola, siempre. Si necesitas tratamiento, tómatelo al día [...] Entonces todos ahí, pero como le digo, somos todos así hay uno que le pasa algo estamos todos ahí” (IX. 109).*

- Negativas

Negativas → Incomodidad en instancias sociales  
Críticas de otros

Los efectos negativos del tratamiento son, en primer lugar, la *incomodidad en instancias sociales*, en particular aquellas que giran en torno a la comida, como son los cumpleaños, invitaciones, etc. Les resulta incómodo el no poder compartir la misma comida con las otras personas o el sentir que la otras personas se sienten comprometidas a tener un trato especial con ellos al no poder comer cualquier alimento. Es por esta razón, que muchas veces deciden restarse de estas instancias porque, por un lado, es un momento que merma la adherencia al

tener disponible alimentos que no deberían consumir, y por otro lado, para no vivir la incomodidad de decir que “no”. Por esta razón que estos pacientes creen y se viven la adherencia como un factor que genera conflicto en las instancias y relaciones sociales.

*“Incómodo. Porque, dígame usted, voy de visita y no voy a decir esto no como y esto si lo como, es incómodo. Porque no voy a querer una comida especial para mí. Tengo que comer lo que me sirven” (X. 68).*

En segundo lugar, algunos pacientes declaran sentirse *criticados por otros*. Esta categoría guarda relación con aquellos momentos en que las personas, de su entorno que se ven afectados por los cambios (principalmente de alimentación), explicitan su descontento con estos cambios, lo cual es percibido como crítica.

*“no, yo no he eliminado la sal. Trato de echarle menos, le pongo menos sal. Claudio a veces me dice: mamá está desabrida la comida- bueno échale tu sal, yo no tengo problemas con la sal. Eh, aparte de eso soy HTA que es una enfermedad crónica” (X. 24).*

- Rol de proveedor

Algunos pacientes cumplen el rol de proveedores en sus hogares, ya sea monetario, de cuidado o emocional; sienten una fuerte responsabilidad por el bienestar de otros, y de tener que estar en condiciones para cumplir este rol. Es por esta razón, que el padecer una enfermedad crónica y (sin los cuidados necesarios) mortal se ve (entre)cruzado por esta función proveedora, observándose que estos pacientes adhieren por si mismos, pero por sobre todo, por esos otros significativos. Una afirmación que podría representar la categoría es: “debo hacerme cargo de esos otros significativos, tengo que estar bien de salud para poder hacerme cargo de esos otros significativos y la hipertensión es un riesgo porque puede impedir que cumpla mi rol de proveedor”.

Por un lado se plantea el ser pilar económico de la familia “[...] O sea, no es por mí, o sea no es por mí pero yo todavía tengo a quien hacerle falta, me entiende.

*Tengo mis hijos ya son adulto pero tengo mis nietos mis bisnietos ya” (II. 4). Por otro lado, se plantea el ser el pilar emocional del grupo familiar “si, por que a veces uno no puede contarle a cualquiera lo que uno siente. Uno es como el pilar de la casa. Entonces uno siempre tiene que andar bien” (XVI. 249).*

- Autopercepción

Autopercepción → Autovaloración positiva

Como efecto relacional, algunos entrevistados dicen haber mejorado la percepción de si mismos, a raíz de que han identificado cambios positivos en la percepción de las personas en su entorno. La teoría presente en estos discursos es que si los otros me dicen que estoy bien, es porque estoy bien, por lo tanto, la adherencia me hace bien.

*“como va ser la ropa. Que yo no me podía poner la ropa que tenia más delgada, de cuando era más delgada /E: entonces ver que la ropa ahora si le queda le ayuda?/ P: claro. [...] si po, la autoestima. Que me siento bien. Que todos me dicen: ¡oh que te veis bien! Te vei mas joven. A uno la / E: es un piropo, entonces, el que le tiran. Te ves mas joven, te ves bien. / P: si aunque tengo arruguitas (risas) pero es rico a uno le digan eso” (III. 143-150)*

- Equipo médico

En el discurso de los pacientes se logran identificar una gran cantidad de categorías respecto a la relación con el equipo médico, las cuales han sido agrupadas en efectos positivos y en efectos negativos.



Por efectos relacionales positivos con el equipo médico se clasifican aquellas categorías en las que la interacción le reporte bienestar al paciente, operando como un factor de mayor adhesión al tratamiento.



En primer lugar, los pacientes se refieren a sentir *apoyo e interés* del equipo médico. Lo cual, en el discurso, se traduce en seguridad y confianza de parte del paciente hacia los profesionales y el tratamiento.

*“sí, yo creo que sí, mucho, creo que sí mucho. Además que están, los tengo ahí, si me pasa cualquier cosa pregunto al tiro” (VI. 107).* El mismo paciente reafirma lo dicho anteriormente, *“si haciendo cargo, y eso me hace sentir muy feliz y me hace sentir como tranquila y alegre. Incluso, sabes que hasta cierto punto, es divertido parece que te comente el otro día me sentí hasta como premiada (por equipo medico)” (VI. 62).*

En segundo lugar, algunos pacientes sienten *familiaridad* con el lugar físico, con el proceso de adherir a un tratamiento y con la relación con el equipo médico. Esta familiaridad, que podría también ser entendida como confianza, esta estrechamente relacionada con tener experiencias previas de enfermedad/

tratamiento, de larga data, en donde se vivió un proceso satisfactorio y se obtuvo un buen resultado.

*“es que después de tanto tiempo, es que. De que me gané la cirrosis hepática y que quedé con ese problema de artrosis, daño en el esófago, hipertenso, daño hepático crónico he pasado casi mas de 20 años en esto. Entonces no me pongo nervioso, no me da cosa, porque hay personas que ven el blanco, ver a la gente que este de blanco, como que le asusta ver una aguja y a mí no. No tengo problema en eso” (II. 4)*

En tercer lugar, como efecto positivo de la relación con el equipo médico, es la conducta de *profesionalismo* percibida por algunos entrevistados. Guarda relación con la confianza que se tiene de las competencias de los profesionales tratantes, pero a su vez, hace referencia al comportamiento ético que se tiene con los pacientes.

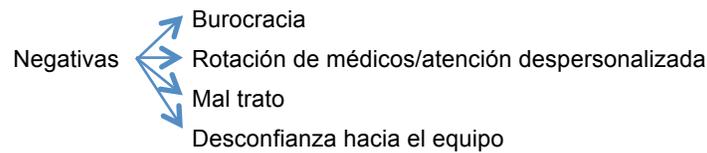
*“a mi me gusta mucho, por que ellos saben lo que están haciendo, porque lo están haciendo, y como lo están haciendo y yo confío en eso” (VI. 127)*. El mismo entrevistado profundiza lo anteriormente dicho *“si son bien amorosos, lo que me importa es que cuento con ellos. Que cuento, porque yo pagué un plan, es decir que yo cuento con ellos por que ellos son buena gente, [...] entonces voy al kinesiólogo y no tengo que pagar extra y esta todo ahí mismo, todos tienen la ficha todos tienen todo, entonces no tengo que andar de medico en medico oiga me duele el hombre, oiga me duele esto otro” (VI. 126)*.

En cuarto lugar, el *buen trato* es señalado como una consecuencia positiva del adherir. Tiene que ver con el trato interpersonal cálido y respetuoso que tiene los profesionales de la salud con los pacientes. Este aspecto del trato con el equipo médico, es uno de los más importantes entre los entrevistados, pudiendo plantearse como un factor adherente relevante.

*“de repente a uno le dicen, le dicen algo y uno no lo entiende, entonces uno lo pregunta, se lo explican y si... uno no lo vuelve a entender, eh, se lo vuelven a... a explicar,... entonces le digo yo, este consultorio me gusta porque es, es tiene*

*esa como, esa,... más menos cuando uno va a particular, es como parecida la... la atención, le digo yo, sí, sí, ese cariño, esa amabilidad, que da gusto que... porque le digo, de repente uno puede andar triste y qué se yo, pero que otra persona te trate bien, aunque no sea de tu familia, a ti te, te da gusto, te sube el ánimo” (XV. 180).*

- Negativas



Los efectos negativos en la relación con el equipo médico son aquellas experiencias o creencias que hacen que el paciente experimente el contacto interpersonal con desagrado y por lo tanto, funcionen como un factor que disminuya o dificulte la adherencia.

En primer lugar, un importante grupo de pacientes menciona a la *burocracia* como una consecuencia negativa del tratamiento. El que la información no sea clara, la gran cantidad de tramites, los tiempos de espera, el ausentismo de los profesionales y el poco cuidado de los tiempos de los pacientes, hace que la burocracia sea percibida como una falta de respeto, de cuidado y como una agresión por parte del personal de los establecimientos de salud en general (se incluye a personal administrativo). En este caso, la creencia es “si adhiero me faltan el respeto”.

*“A lo mejor no me lo van a decir, es lo mismo cuando uno tiene, por ejemplo la primera vez que yo caí como supuestamente HTA en el consultorio la doctora me dijo: usted es HTA! Asi tajante, yo le dije: no sé. - nunca le han dicho?- No- va tener que ir a controlarse, que le hagan un xxxx algo así y lo primero que hizo fue colocarme una pastilla debajo de la lengua. Eso lo conversábamos el otro día con*

*una persona que también venía a cuidarse y también cayó a la posta porque le subió la presión y ella me decía: mira, para qué nos hacen ir a los consultorios, porque no nos dicen: en caso que le suba la presión, póngase tal pastillita debajo de la lengua. Para qué la hacen a uno ir al consultorio, perder tiempo, a lo mejor a quitarle el tiempo a ellos para otras personas por que no nos dicen cuando se sienta mal se la pone debajo de la lengua. Porque si no le soluciona el problema vaya a la posta, pero no, hay que ir a la posta. Para qué? Para que le ponga la pastillita y ahí te solucionan el problema. Por qué no le dicen a uno: usted tenga esta pastillita en caso de: se la pone debajo de la lengua. Una pérdida de tiempo para ellos y para nosotros. Entonces yo le decía que no entiendo” (X. 72).*

En segundo lugar, se señala como un efecto negativo de la interacción con el equipo médico al adherir, la gran *rotación de médicos y la atención despersonalizada*. La atención con diferentes profesionales en cada especialidad hace casi imposible una relación mas cercana y de seguimiento de caso, por lo que los pacientes perciben un trato menos personalizado, de no confianza y no vinculante, por lo que la teoría esta relacionada con que no les son importantes para los profesionales ni para el sistema de salud en general.

*“Porque en el consultorio no puede haber un profesional estable, que elija sus profesionales, porque esto es un corredor, el consultorio JP11 es un corredor” (), “lo que me molesta? Este aparato [apunta al computador] sirve para inspeccionar toda la vida de uno. Desde que empezó a ser HTA está todo ahí, la tarea de ella es de informarse que es lo que tengo que es lo que no tengo. Yo creo que de llegar a mí y decir, ya usted va a tomar a la señora María Isabel Poblete, con el computador de información veo que le pasa y que no le pasa y lo que le paso, la historia clínica de ella.” (X. 64).* Otro entrevistado declara que *“es que las mismas preguntas que me hizo el primer médico, tenía que hacérselas al segundo y al cuarto y al tercer, entonces como que ahí me moleste un poquito” (XI. 17).*

En tercer lugar, gran parte de los pacientes declara que el *mal trato* por parte del personal del centro de salud, es una de las consecuencias de adherir que se vive

con más frecuencia y que les produce más resistencia a continuar el tratamiento. La creencia que emerge es la de que el adherir significa ser agredidos por esos otros que me deberían cuidar. Cuando el mal trato es recibido por el profesional tratante, la gran mayoría de las veces implica abandono total de los controles, cambiándose de centro de salud si es que es posible, y en caso de que no lo sea, no asisten más hasta un nuevo episodio hipertensivo o cuando la experiencia vivida tiene menor intensidad.

*“era tan dura...era un paco. Es que esa mujer, sabe que yo me acuerdo, yo no me fui a controlar más con ella por que me daba miedo.” (XVI. 110).* Otro entrevistado complementa declarando que *“no, no quiero porque aparte, no sería na que le pasara, como la menosprecian a uno, como la tratan prefiero no venir (al consultorio)” (X. 88), “como le conté lo de la auxiliar, que me tramitaron y que si le pasa esto se va a la posta inmediatamente no venga para acá. Entonces eso a mí me hace sentirme muy como denigrada por la persona” (X. 90).*

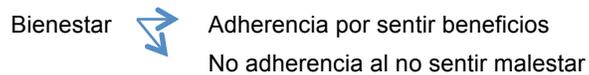
Por último, un grupo menor de pacientes declara sentir *desconfianza hacia el equipo médico*, tomando una actitud de distancia interpersonal con los profesionales y de cuestionamiento de su competencia e indicaciones. El tener esta actitud frente a los profesionales de la salud, no significa, necesariamente, que abandonen los controles o que no sigan las indicaciones dadas. Se puede observar en algunos de los discursos de los entrevistados que la creencia de que el personal de salud no es confiable o competente, también guarda relación la discordancia de las indicaciones o la información dada por el equipo médico y las preconcepciones de los pacientes respecto de la hipertensión.

*“para mi es raro porque. A ver, porque si yo soy hipertensa se supone que yo retengo liquido. Entonces si yo soy hipertensa sin medicamentos y no voy a botar los líquidos, tengo miedo por mis riñones, pero yo no le puedo, jamás le voy a ganar a un doctor, entonces si ella me dijo eso, entonces ya no le puedo discutir más” (XVI. 225).* También se puede observar una desconfianza mas bien en relación al Sistema de Salud en general *“yo he sabido que los remedios que se dan aquí a la larga no hacen bien, ah! Y he escuchado comentarios de que este*

*consultorio es como un tubo de ensayo, que están ensayando con nosotros a ver qué resultado hay en cuando, supongamos a lo que me pasa a mí, la presión. A ver analicemos todos los casos si es favorable o desfavorable lo que estamos haciendo, lo que estamos dando” (X.103).*

(a) Bienestar

En esta categoría se agrupan las creencias y experiencia de los pacientes respecto a la relación que establecen entre el adherir y su bienestar.



- Adherencia por sentir beneficios

Un reducido grupo de entrevistados declara explícitamente que adhiere al tratamiento por sentir beneficios. Puede comprenderse desde la perspectiva de que la disminución de sintomatología negativa no es percibida como un beneficio del adherir, más bien, lo que si es categorizado como un beneficio es la baja de peso producto de la dieta indicada en el tratamiento. Por lo que se entiende que la disminución de síntomas es algo que corresponde que suceda con la adherencia.

*“ella quería que llegara a pesar como 60 kg., entonces para mí fue mucho el... (...) porque ya había bajado de peso, y así yo sentía, yo siento que me siento bien” (XV. 24)*

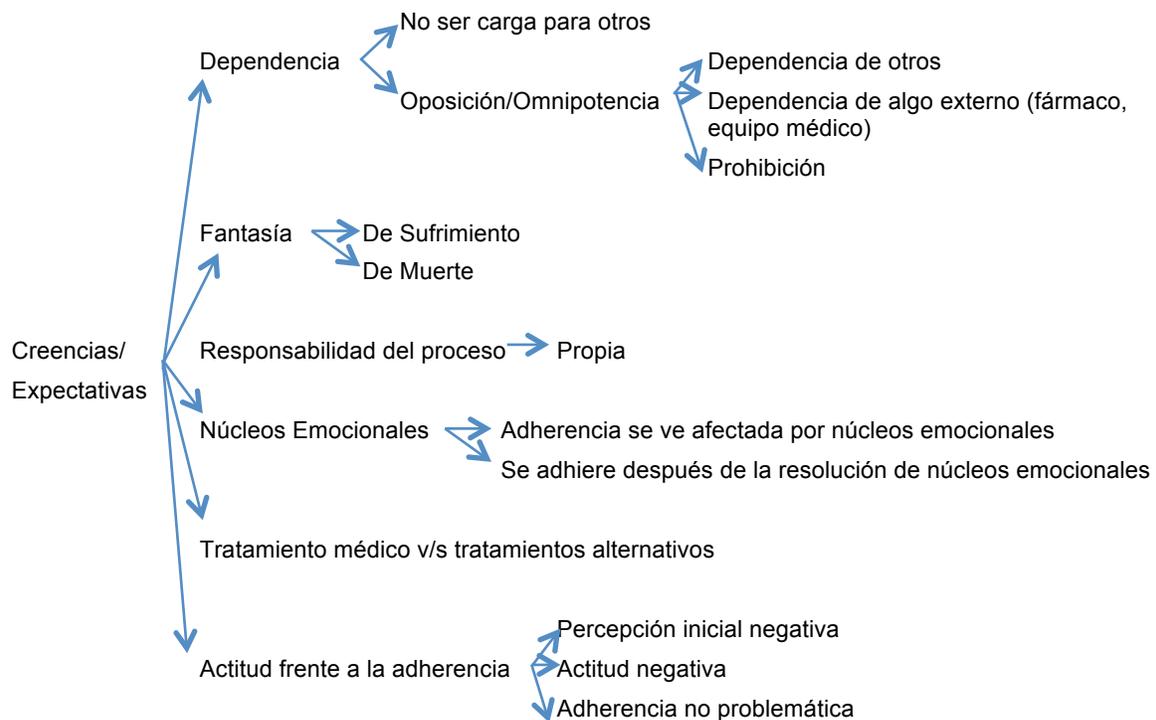
- No adherencia al no sentir malestar

Unos entrevistados declaran dejar de adherir al sentir bienestar físico. En este caso se puede observar, que los pacientes hacen el siguiente razonamiento: si ya no existe sintomatología presente (o que pueden percibir) es porque ya no hay enfermedad, y por lo tanto ya no es necesario seguir adhiriendo al tratamiento. Lo

cual puede resultar bastante riesgoso para los sujetos que presentan un cuadro hipertensivo “silencioso”.

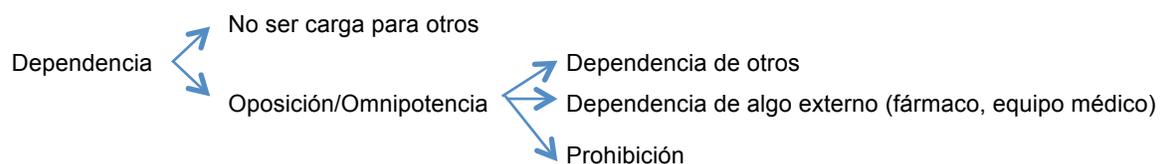
“y no fui (refiriéndose al control con médico). Por que como me siento bien ¿ya?” (IV. 7).

### 5.2.2. Creencias y expectativas



#### (a) Dependencia

En el discurso de los entrevistados aparece fuertemente la creencia, miedo y el rechazo a ser dependientes, ya sea emocional, económica, física, de otros o de un algo externo.



- No ser carga para otros

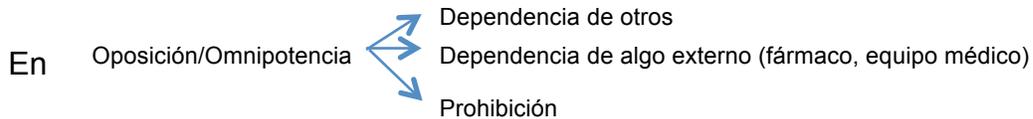
Al igual que en las creencias respecto de la enfermedad, aparece el miedo a ser dependiente de un otro, sin embargo, no surge como una preocupación de no ser autovalentes, sino que, como una preocupación por tornarse una carga para los familiares (por sobre todo para los hijos). Por esta idea, es que la adherencia aparece como una forma de asegurar que su sintomatología y enfermedad no evolucionen negativamente, y así poder mantener la autonomía y libertad de acción (propia y de sus familiares) por el mayor tiempo posible. En algunos casos, los pacientes tienen muy presente el no ser carga de sus familiares por estar a cargo de algún familiar enfermo o por alguna experiencia similar. Las creencias que se pueden desprender de los discursos son “los padres no deben ser carga para los hijos”, “nadie tiene el deber de cargar conmigo”, “cada uno debe hacerse cargo de lo que le pasa y no molestar a otros”, “yo no quiero hacerme cargo de nadie, por lo que yo no lo seré para otros”, “si adhiero no seré carga para otros”.

*“porque los años van pasando y no quieres llegar tan deterioradita a tanto mayor [...] Como que ahora esta haciendo el clic de que chuta! Ya mejor me cuido por que lo peor que te puede pasar es que te de el ataque y quedes con vida y quedes mal po. Entonces esa cuestión es como, como que no quiero molestar a nadie de mi familia” (IV. 79).*

Otro entrevistado habla mas concretamente de su situación familiar y de que no están los recursos para depender de otro *“mi mami tiene hartos hijos, siempre hay una hermana que está en la casa con ellos, y dije yo, al contrario dije yo, estoy yo con mi marido, yo no quiero ser carga para mi hija, y ahí como que también empecé más...a asistir todos las veces a los controles, y a controlarme bien...” (XV. 79).*

- Oposición/omnipotencia

Se agrupan en esta categoría los discursos respecto a la dependencia como posible consecuencia de la hipertensión, que estén enfocados a no perder la autovalencia e independencia.



primer lugar, algunos entrevistados plantean a la adherencia como un medio para que el tener hipertensión no implique en ningún momento tener que  *depender de otros*. Pero esta no dependencia no está enfocada en otro en particular, sino que en si mismo y la expectativa y la alta valoración que se tiene de conservar la autovalencia y la independencia. A la base están las creencias en torno a que la adherencia permite mantener la autonomía y la capacidad de no necesitar de otros.

*“cuidarme. Por mi po. También por que imagínate estar incapacitada, no ser autovalente.” (IV. 83).* Otro paciente profundiza declarando: *“yo espero que me siga manteniendo, no que me, que me vaya, por ejemplo, a dar una cosa grave, que sea así, de cuidado para otras personas, para mi... o si me da algo grave, que yo siempre le digo yo, como tengo harta fe en Dios, que me pueda recuperar y me pueda otra vez valerme” (XV. 121).*

En segundo lugar, aparece en las entrevistas la idea de  *ser dependiente de algo externo*. Lo externo aparece más frecuentemente relacionado con la dependencia a los medicamentos y el rechazo a la idea de serlo, lo cual puede resultar un riesgo en el caso de los hipertensos que requieran de los medicamentos para regular si presión arterial. En este caso, el adherir se plantea como el asumir que se es dependiente de algo, y por lo tanto son resistentes frente a este.

*“No me gustan los controles, no me gustan los remedios, aunque sea. Fui a, me llevaba los remedios. Era muy raro que tomara remedios en el día. Pero a mí lo que no me gusta es tomar remedios” (X. 54).*

En tercer lugar, un grupo menor de pacientes declara que la idea de vivir en constante *prohibición* en el tratamiento es un factor no adherente. En estos discursos se puede observar que los cambios de estilo de vida que requiere el tratamiento, es vivenciado como prohibición y restricción, es asumir que “ya no se puede”. El adherir es significado de no-libertad de acción, lo que a su vez se pone en juego más claramente en instancias sociales, generando en el paciente resistencia a la enfermedad y al adherir.

*“No quiero vivir toda mi vida pensando tu puedes comer esto, puedes comer esto ¡NO! NO PUEDES COMER ESTO DEJALO AHÍ, porque mucha gente es así con las personas. Incluso mi mamá: es que tú no puedes comer eso, cuando viene mi mamá. Me tiene enferma (risas) entonces, no quería vivir así, o sea, yo prefería morirme pero no vivir así. Porque no es fácil, (se distingue pena en el tono de la paciente)” (XVI. 185).*

#### (b) Fantasía

En los entrevistados aparecen las fantasías de sufrimiento y de muerte en relación a la adherencia.



- De sufrimiento

En relación a la fantasía de sufrimiento, la adherencia a tratamiento y la disminución de la sintomatología producto de este, aparece como una forma de tranquilizar y evitar el sufrimiento (a nivel de fantasía o experimentado indirectamente). “Si adhiero, no sufro”.

*“Entonces lo hago si ahora por mí. Pero creo que en el fondo esta el temor a la enfermedad o a lo que me pueda suceder” (IV. 83).*

El extracto anterior guarda relación con el sufrimiento como fantasía, el siguiente tiene a la base la experiencia de seres cercanos que general la fantasía de sufrimiento *“con los dolores de cabeza y todo eso, y yo después yo vi que, harta gente así alrededor de uno como que se iba enfermado de lo mismo y dije, hay que tomarlo en serio porque... y después ya cuando mi mami tuvo el accidente vascular, ahí ya dije yo eh, yo la vi, ahí yo realmente viví la experiencia de cerca, lo que es sufrir...”* (XV. 77).

- De muerte

Al igual que en la fantasía de sufrimiento, la adherencia surge como un medio para evitar la muerte. En estos discursos existe una mayor preocupación por el resultado (muerte) que en el proceso, como si se puede observar en los discursos que dan cuenta de la fantasía de sufrimiento. *“Si adhiero, no muero”*.

*“[...] Además, me siento mal yo voy al tiro al consultorio hospital donde sea, por que se el problema que tengo, entonces, además que, tengo miedo deirme cortina”* (II. 4).

#### (c) Responsabilidad del proceso

Responsabilidad del proceso → Propia

Gran parte de los entrevistados declara explícitamente que la responsabilidad del proceso de adherir es completamente individual y propia, lo que no implica, necesariamente, que exista un empoderamiento en relación al proceso.

*“No... Porque yo siempre he dicho que la caridad de uno, si uno está enfermo, depende de uno que, que se cuida, porque o sino para los demás uno es un cacho (se ríe)... si uno no se cuida,... y además que yo estoy solita”* (), *“si, yo creo que si, mucho, creo que si mucho. Además que están, los tengo ahí, si me pasa cualquier cosa pregunto al tiro y además que yo me voy chequeando es decir que me esta pasando con esto, con lo otro”* (XV. 18).

(d) Núcleos emocionales

Núcleos Emocionales



Adherencia se ve afectada por núcleos emocionales

Se adhiere después de la resolución de núcleos emocionales

Algunos entrevistados señalan como la adherencia al tratamiento se ve afectada por las alteraciones emocionales, por sobre todo, aquellas que se prolongan en el tiempo.

- Adherencia se ve afectada por núcleos emocionales

Un grupo de pacientes comenta que la adherencia, la cual es significado como autocuidado y empoderamiento, se ve dificultada por problemáticas no resueltas y alteraciones emocionales que impiden el poder iniciar/realizar el tratamiento de manera adecuada.

*“a desbloquear las emociones que estaban ahí obstruyendo el proceso (de adherencia), digamos. Em, como que... a revisarte sobre todo en eso , en las emociones, es que no se como decirlo sin entrar en detalles (refiriéndose a tratamiento psicológico)” (VIII. 143).*

- Se adhiere después de resolución de núcleos emocionales

Un grupo, no menor de pacientes hipertensos, señalan que han podido adherir de manera mas adecuada después de haber resuelto procesos anteriores. Declaran que les es muy difícil iniciar un proceso de autocuidado teniendo dificultades relacionales o emocionales significativos, pero que posteriormente a resolverlos, que han podido enfocarse en si mismos y en los cuidados que requieren para su bienestar físico y emocional. Las creencias que se desprenden son: “el tener problemas con otros no permite realizar cuidados”, “el estar enfocado en la relación con otros no permite enfocarse en uno mismo”, “el tener problemas emocionales importantes no permite realizar autocuidado”.

*“entonces eran muchos los problemas que se me venían encima. Y ahora ya no, ahora mis hijos se me portan bien. [...] Entonces ahora yo me siento así, no le dijo como que me saque un peso de encima, entonces ahí yo, con mis cosas personales más, ya me he ido arreglándome” (IX. 22).*

(e) Tratamiento medico v/s tratamientos alternativos

Esta categoría surge en menor medida, pero su contenido es interesante en el sentido de que emerge gracias a que algunos pacientes plantean al tratamiento médico y al tratamiento alternativo (con hierbas) en el mismo plano de acciones a realizar para manejar la hipertensión. Es una creencia que es poco común, pero opera, ya sea porque tienen a la base la creencia de que ambos tratamientos son una solución igualmente efectivos o como una resistencia al adherir al tratamiento médico y todo lo que eso implica.

*“dejar de tomar pastillas. Porque si las hierbas me hacen bien yo dejo de tomar pastillas, las dejo de tomar. Estoy esperando un tiempo para decirle a la doctora que me haga el examen de sangre y ver como está” (X. 94).*

(f) Actitud frente a la adherencia

Se observan en los discursos de los entrevistados, tres formas actitudinales frente a la adherencia: Percepción inicial negativa, Actitud negativa y la adherencia no problemática.



- Percepción inicial negativa

Un grupo de pacientes declara una actitud negativa frente a la adherencia, la creencia de que adherir es un proceso muy difícil y que les será muy ardua la

tarea. Esta creencia se presenta con la particularidad de que es en relación a una etapa más inicial del tratamiento, etapa en donde se deben realizar los mayores cambios de estilo de vida y en la cual se pueden presentar la mayor resistencia a este.

*“sí, es que me va a costar, yo sé que me va a costar” (I. 158).*

- Actitud negativa

Un importante grupo de pacientes cree que la adherencia es un proceso problemático, que es disruptivo en su rutina y difícil de realizar. Por esta creencia y vivencia es que tienen una actitud de negativa y de resistencia al tratamiento.

*El discurso de un entrevistado representa claramente a lo que alude la categoría “no si yo creo que es de pura flojera por que en la última cuando me tomaron la presión estaba alta” (XI. 91), “claro por que, si yo quisiera llevar ese control a lo mejor lo podría llevarlo pero es que yo estoy acostumbrado ya po, a ese sistema ya po.” (XI. 103), “necesario yo creo que es conveniente pa mi po. Pero lo que pasa es que me da flojera caminar 10 pasos e ir para allá. Entiende” (XI. 109).*

- Adherencia no problemática

Para algunos pacientes la adherencia no es un proceso que les sea difícil de realizar, donde los cambios y esfuerzo que se requiere no les resulta disruptivo ni les genera conflicto.

*“P: el cambio que tuve, fueron los remedios, tengo que tomarlos todos los días, ese es el cambio, pero de la base de lo que hay que comer E: no, no era. P: no influía en ninguna cosa. Incluso ahora último, el último examen que me hice, cuando estuvo usted ahí, el médico lo encontró normal po. Perfecto, todo bien po.” (XI. 43).*

## **6. Conclusiones, limitaciones y proyecciones**

En el presente capítulo, se exponen comentarios en torno a los objetivos planteados, los hallazgos más relevantes de este estudio y algunos comentarios respecto a las proyecciones de esta investigación.

Antes de presentar las conclusiones de este estudio, es necesario relevar que la presente investigación ha pretendido explorar y describir las Teorías Subjetivas de los pacientes hipertensos respecto la Enfermedad y a la Adherencia, categorías interdependientes que dan cuenta de la mirada global de los entrevistados en torno al fenómeno estudiado. Se le recuerda al lector que los recursos metodológicos utilizados consisten en entrevistas semiestructuradas las cuales fueron analizadas mediante el nivel descriptivo de la Teoría Fundamentada, el decir, mediante la codificación abierta.

Respecto a los objetivos planteados, al reflexionar en torno al proceso y metodología realizada, se puede comentar que a través de las entrevistas y particularmente las utilizadas, se puede recoger un conjunto de información que da cuenta de las creencias subjetivas de los pacientes hipertensos respecto a la Hipertensión y a la Adherencia, es decir, que con la metodología utilizada se pudo responder de manera satisfactoria a los objetivos planteados en esta investigación.

Respecto a los hallazgos más relevantes de esta investigación, se pueden hacer las siguientes observaciones:

En primer lugar, se puede observar que, para los pacientes entrevistados, la relación que presentan los núcleos emocionales con la hipertensión arterial es relevante e incluso determinante en la evolución de la enfermedad. Se puede observar que los pacientes consideran a los núcleos emocionales como factor causal de la génesis de la enfermedad y de la imposibilidad de adherir al tratamiento de ésta, constituyéndose como un importante factor de riesgo para su

salud. Por esta razón, es que se torna aún más importante y necesaria la intervención psicosocial con estos pacientes, ya que desde esta perspectiva, las intervenciones sólo a nivel médico y farmacológico, es decir, solo abordando un aspecto de este fenómeno, resultarían ser soluciones insuficientes para para la mejora de los pacientes hipertensos.

Se pueden encontrar algunas investigaciones en las cuales se les atribuye una mayor relevancia causal e interventiva a los aspectos psicológicos/emocionales de la enfermedad. De las investigaciones revisadas, resulta bastante interesante la investigación “Emociones e hipertensión, implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos” de Juan J. Miguel-Tobal, A. Cano-Vindel, M. Casado y A. Escalona (1994). Estos autores comentan que investigan respecto a la hipertensión, no solo por todas las repercusiones sociales que conlleva esta enfermedad (abordadas también en el presente escrito), sino que a su vez, porque esta enfermedad es una de las que presenta mayor evidencia de la relación existente con los factores psicológicos.

El objetivo del estudio de Miguel-Tobal y cols. es el plantear, desde una perspectiva multicausal en la explicación de la génesis y mantenimiento de la hipertensión arterial, con especial atención a las variables emocionales como factores de riesgo, un programa cognitivo-conductual para el control de la hipertensión (p.1).

Para estos autores, existe clara evidencia de que los factores psicológicos como la ansiedad, el estrés, la ira, etc. cumplen un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, ya sea directamente por el efecto que producen estas alteraciones psicológicas en el sistema cardiovascular, o indirectamente por alteraciones conductuales, como por ejemplo el exceso de ingesta de alimento, uso excesivo de sal, falta de ejercicio físico, etc. (Donker, 1991 citado en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994). Comentan que, estudios revisados indican que habría una estrecha relación entre las reacciones de estrés no

adaptativas y la hipertensión, evidenciándose una alteración arterial de sujetos frente a tópicos relacionados con aspectos profesionales como son situaciones de competitividad, autoafirmación y frente a temas del ámbito privado, como son el prestigio social, problemas de pareja y problemas de contacto con el relacional/amoroso.

En el discurso de los pacientes hipertensos, de la presente investigación, se puede observar que al mencionar los núcleos emocionales en relación con la hipertensión, los hacen refiriéndose temáticas que, de acuerdo con el estudio de Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994, se constituyen como estresoras y generadoras de alteraciones cardiovasculares, pudiendo encontrarse puntos de encuentro entre la presente investigación y la de Miguel-Tobal y cols.

A su vez, en el estudio en revisión, se relaciona el estrés con factores de personalidad, en donde se plantea que estos factores pueden predisponer a una mayor sensibilidad a las situaciones de estrés, lo que puede generar un patrón de sensibilidad incrementada y por lo tanto, de mayor predisposición a alteraciones cardiovasculares (Sokolov et al., 1983 citado en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994).

En relación con las características de personalidad y las emocionales, se relaciona más frecuentemente a la hipertensión con la ansiedad y la ira, observándose que, por un lado, los sujetos con altos niveles de ansiedad tendrían una mayor y más frecuente activación fisiológica y por lo tanto, mayor tendencia a generar alteraciones psicofisiológicas. A su vez, esta forma ansiosa de relacionarse con los factores estresores, predispone a formas de afrontamiento poco adecuadas, por lo que es más difícil reducir el nivel de ansiedad y por consecuencia, el riesgo de alteraciones a nivel cardiovascular. Por otro lado, en relación a la ira, se han realizado estudios en los cuales se observa que la ira y la hostilidad se perfilarían como variables relevantes en el desarrollo y en el

agravamiento de la hipertensión. (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994)

El objetivo principal del programa propuesto en la investigación de estos autores, es el de conseguir la reducción y el control de la presión arterial de los pacientes en la muestra, mediante la manipulación de las variables mas directamente implicadas en la génesis y mantenimiento de la enfermedad como son la ansiedad, ira, estrategias de solución de problemas y estilo de vida. Los resultados indican cambios en todas las variables analizadas en la dirección esperada, cambios que, además de una alta significación estadística, poseen una gran significación clínica, ya que los descensos conseguidos han dado lugar a que los pacientes hipertensos se sitúen en valores de presión arterial normotensos. (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994). Esta forma de intervenir, mas bien desde el área de la psicología, en el manejo de la presión arterial podría constituirse como una labor complementaria a la realizada por los médicos tratantes (indicaciones de cambio de dieta, ejercicios y/o medicamentos) para aquellos pacientes en los cuales se detecta que el manejo de el aspecto emocional entorpece en su adherencia y en la estabilización de su presión arterial.

En torno a las características personales de los pacientes, Escobar (2012) en su investigación logra agrupar las características de los hipertensos en tres perfiles según sus rasgos distintivos. El primer grupo, es el denominado como fuertes-independientes, los cuales son pacientes que prefieren la autonomía, tomar sus propias decisiones, tienden a ser muy responsables con sus actividades y a hacerse responsables del cuidado de otras personas. Son sujetos que tienden a la irritabilidad, autoexigentes y rigurosos con los demás. A su vez, cumplen con las indicaciones del tratamiento cuando éstas están en concordancia con sus motivaciones.

El Segundo grupo es el de los pacientes dependientes, los cuales se caracterizan por dejar la responsabilidad de su tratamiento en otras personas (familia, equipo

médico, etc.). No se considera capaz de cumplir el tratamiento y busca el cuidado en otros.

Finalmente, el tercer grupo es el de sujetos que se caracterizan por la desesperanza. Estos pacientes se encuentran en una etapa problemática o en un episodio depresivo, por lo que se encuentran desvitalizados. Presentan una resistencia pasiva, ya que no contradicen las indicaciones pero no se encuentran con la energía vital para llevar a cabo el tratamiento. Para los sujetos de este grupo, el seguir las indicaciones carece de sentido.

En segundo lugar, con respecto a la información y educación, se puede observar que es un tema central ya que, en torno a éste, se configuran una parte importante de los factores que disminuyen la adherencia en los pacientes. El tema de la información, desde los resultados obtenidos, se puede comprender de dos maneras. Por un lado, la poca información que manejan los pacientes repercute en la forma en que se relacionan con la hipertensión, y las expectativas que se tiene respecto a la enfermedad y al tratamiento, impidiéndoles posicionarse de manera activa y empoderada. El no manejar los mínimos conocimientos de las causas, las características, la sintomatología y los cuidados de la hipertensión, no les permite ser capaces de iniciar un proceso de adherencia desde una comprensión de lo que le sucede y desde un trabajo consiente de autocuidado lo que genera que su función consista en seguir las indicaciones dadas por el equipo médico, viviéndose el proceso de adherencia desde la prohibición y la dependencia de un otro que sabe mas de lo que le sucede que ellos mismos.

Por otro lado, los sujetos tienen un bagaje de conocimiento y experiencia respecto de la hipertensión ya construido y vivenciado (expectativas, fantasías, creencias, etc.) y que usualmente no va en la misma línea que los del equipo médico, los cuales también tienen su propio conocimiento científico ya estructurado. Al utilizarse métodos unidireccionales de “entrega” de información e indicaciones con los pacientes, se puede observar que ocurre lo que se puede explicar mediante la

metáfora de “tratar de llenar el vaso lleno”, es decir, todo el conocimiento entregado, si no tiene sentido dentro de su forma (previa) de concebir este fenómeno, no tendrá cabida y por lo tanto, no será parte de la forma de relacionarse con el mundo. Dicho de otra manera, existiría un “choque” entre las Teorías Subjetivas de los pacientes hipertensos con el operar médico en lo que respecta a la concepción y tratamiento de su enfermedad. Si no se hace un trabajo de co-construcción con los sujetos, poniendo en juego sus creencias y las teorías desde las cuales el profesional se esta posicionando, dicho de otra manera, si no se hace un proceso comprensivo de la enfermedad, los pacientes no adherirán a un conductas que carecen de sentido.

En tercer lugar, respecto al aspecto relacional de la enfermedad y de la adherencia, se destacan dos ámbitos en donde se ponen en juego estos aspectos. Por un lado, se encuentra la relación del paciente con el personal del Sistema de Salud. Casi la totalidad de los pacientes dan cuenta de creer que el Sistema de Salud es un ente que debe entregar cuidados, apoyo y bienestar a los usuarios, siendo el personal de estos establecimientos los encargados de ejecutar esas funciones, ayudando al paciente a encontrar su bienestar. Por esta razón, es que cualquier tipo de acción, por parte de cualquier personal del Sistema de Salud que sea significado como una conducta o actitud que vaya en contra de estos valores y/o función, se constituye como un hito anti-adherente importante. En esta investigación, las acciones que son identificadas como factores no adherentes en la relación con los profesionales del servicio de salud son: la burocracia, la desconfianza de las capacidades de los profesionales, la atención despersonalizada y desvinculada, pero por sobre todo, la acción que genera mayor abandono del proceso de tratamiento, es el mal trato por parte del profesional tratante.

Otros factores de la relación con los profesionales que son vinculados a la no adherencia son la alta frecuencia del uso de términos técnicos por los profesionales de la salud cuando hablan con los pacientes; el poco tiempo que el

personal de salud pasa dando información del tratamiento al paciente (menos de dos minutos), interacción insatisfactoria con el personal de salud y el hecho de que el personal de salud sobreestima la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente y subestima el deseo de los pacientes para obtener información (Rodríguez, 1993 citado en Sánchez, 2006).

De esta manera en la interacción profesional y el paciente, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información (temática tratada anteriormente) 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 terapeuta, se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (Giñarte 2001 citado en Sánchez, 2006).

Respecto a este tema, una investigación mencionada anteriormente (Escobar, 2012), en la cual se agrupan las características de los pacientes hipertensos en tres perfiles tiene hallazgos bastante interesantes. De estos perfiles, a modo general, se puede decir que, en primer lugar, los pacientes pertenecientes al grupo fuertes-independientes tenderán a relacionarse con el equipo médico adhiriendo al tratamiento si es que las indicaciones son dadas de manera poco directiva, sin embargo, se revelará si es que el equipo es muy directivo. En segundo lugar, los pacientes dependientes adhieren a tratamiento si perciben que el equipo de profesionales es apoyador, pero si percibe que son indiferentes es probable que abandonen el tratamiento. Por último, los pacientes que se caracterizan por la desesperanza, como el adherir carece de sentido, esperan del equipo médico apoyo y contención, lo cual se ve potenciado si es que logran sostener y superar su etapa problemática y/o depresiva.

A su vez, en esta investigación, se relaciona la adherencia de los pacientes, con la percepción que estos tienen de su equipo tratante, reaccionando ante las indicaciones de tratamiento consecuentemente con su percepción de la relación.

Cuando el equipo se muestra una actitud o forma de dar las indicaciones directiva, los pacientes lo perciben. Según esto, se ha encontrado que sus reacciones pueden resumirse en tres grupos: a) pacientes que se quejan o incluso podrían buscar otro equipo médico que se encargue de su tratamiento b) pacientes que siguen las instrucciones c) los que adoptan una actitud pasivo agresiva. Lo que tienen en común estos tres grupos, es que han percibido a los tratantes como un equipo controlador, apoyador o crítico, respectivamente.

Por el contrario, cuando el equipo se muestra menos directivo, permitiendo al paciente tomar un alto porcentaje de las decisiones sobre su tratamiento, la percepción que el paciente tendrá del equipo médico dependerá de la percepción inicial que éste tenga. Si antes percibía al equipo como controlador, la no directividad será percibida como comprensión o que otorga libertad y lo que generará que el paciente adhiera, pero a su propia manera. Pero, si antes lo percibía como apoyador o crítico, ahora será percibido como un equipo indiferente a sus necesidades y posiblemente se sienta abandonado por su cuidador, lo cual generará que el paciente externalice la responsabilidad del tratamiento en el equipo médico o abandonando el tratamiento (Escobar, 2012).

Por otro lado, otro aspecto importante es el vínculo afectivo del paciente con su familia. Los pacientes reportan que las conductas adherentes (cambio de alimentación, y de estilo de vida) generan dificultades relacionales con las personas de su entorno más cercano, siendo un factor que dificulta el cumplimiento de las acciones de autocuidado del tratamiento.

Una de las teorías que se plantean respecto a la relación del apoyo social y la salud, y que guardan correspondencia con los resultados de esta investigación, es que el apoyo social tendría un efecto *buffert* para el paciente, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo (Menéndez et al., 2003).

En lo que se refiere a la relación entre el apoyo social y la hipertensión, es que un estudio plantea que los pacientes con redes sociales escasas o nulas presentan un incremento de la presión arterial (durante el seguimiento del estudio), mientras que los individuos con redes sociales más elevadas o estructuradas, presentan un descenso en sus cifras tensionales. (Menéndez et al.2003)

En la misma línea que lo expuesto anteriormente, Florentina Marín-Reyes y Martha Rodríguez-Morán en su investigación “Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial” (2001), plantean resultados y conclusiones que complementan los resultados de este estudio. Estos autores comentan que, en general, “el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego (Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1997 y Schlenk, Hart, 1984 citados en Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, pp.337, 2001).

Entendiendo que, para los pacientes hipertensos, el tratamiento implica una serie de medidas (tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta), y que el adecuado control de la enfermedad depende del apego permanente a las acciones prescritas, es que Marín-Reyes y Rodríguez-Morán plantean que, la adopción permanente de nuevas conductas (conductas adherentes) puede modificar desfavorablemente el ambiente familiar, generándose una desvinculación con tales acciones. Por esta razón, es que en el estudio revisado, se plantea que el apego al tratamiento se vincula directamente con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo, posicionando a este aspecto como uno de los factores más relevantes al momento de evaluar y/o trabajar la adherencia de los pacientes. La familia, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento, podría ser uno de los factores más generadores de falla terapéutica. (Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, 2001). En la misma línea, este estudio muestra que, independiente de las características estructurales y/o funcionales de la familia, si esta llega a dar apoyo al paciente, éste tiene un mayor apego al tratamiento.

De todos los hallazgos de la investigación de estos autores, se considera como el más relevante la importancia que tiene el apego en el éxito del tratamiento, por lo cual es necesario desarrollar estrategias dirigidas a determinar cuales son los factores involucrados para que el paciente se apegue al tratamiento; en este contexto, los resultados de la investigación de Marín-Reyes y Rodríguez-Morán y el presente trabajo, muestran la importancia que tiene el apoyo familiar, tornándose relevante el desarrollo de estrategias que vayan dirigidas a involucrar y trabajar el entorno familiar del paciente hipertenso.

En cuarto lugar, resulta sorprendente que en los resultados de esta investigación, los pacientes hayan reportado el alto grado de importancia que tiene en su tratamiento, y en la adherencia a éste, la calidad de relación con los profesionales del sistema de salud y que en la literatura respecto a la hipertensión no esté tan presente. A su vez, también resulta sorprendente la poca bibliografía presente respecto al tema de la “dependencia” de los pacientes. En esta investigación, aparece fuertemente la sensación de dependencia (al tratamiento, medicamentos, de otros) que genera la adherencia a los pacientes hipertensos y lo mucho que influye, dificultando o facilitando, en el correcto apego a las conductas adherentes. Si bien, el tratamiento de una enfermedad crónica si implica dependencia, en el sentido de que es necesario realizar acciones particulares para recuperar y mantener el bienestar físico de por vida, y que si estas no se realizan, la salud del paciente se ve mermada; cuando se genera un malestar por la condición de “dependiente” y no es elaborado, ese malestar se constituye como un factor de riesgo, y por lo tanto, como un aspecto a pesquisar y trabajar con el paciente hipertenso.

Desde los resultados obtenidos y de la revisión bibliográfica respecto a la hipertensión, es que se puede plantear de que un estilo de intervención estandarizada o general para los pacientes hipertensos resulta insuficiente para manejar la adherencia de los pacientes, lo que tienen directa relación con que

sintomáticamente esta enfermedad se presenta de muchas maneras distintas en cada caso y por lo tanto, la relación que los pacientes establezcan con su enfermedad, el tratamiento y las necesidades de cada paciente serán muy variadas. Es por esta razón, que hallazgos sugieren que las intervenciones estandarizadas de psico-educación, que por lo general, están orientadas a dar a conocer cuales con las consecuencias negativas de no adherir no tendrían gran impacto, ya que sólo influiría positivamente en una porción menor de pacientes (Cowan y Presbury, 2000; Beutler et al, 2002; Madsen, 2007; Duncan, Hubble y Miller, 1997 citados en Escobar, 2012).

Sin embargo, si se diseñaran intervenciones dirigidas a comprender las creencias y aspectos de la vida del paciente que influyen en como el este 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.

A su vez, resulta interesante y enriquecedor para el abordaje del fenómeno, poder diseñar intervenciones dirigidas a los profesionales del área de la salud que trabajan con estos pacientes (y que finalmente son los encargados de trabajar la adherencia), en donde puedan emerger aquellos factores que dificultan y facilitan su labor, como también amplificar su mirada generando herramientas y conocimientos en los cuales se integren los hallazgos de los nuevos datos e investigaciones que se realizan en torno a este tema, para su mejor abordaje.

Una de las grandes aplicaciones del conocimiento que se genera en torno a la hipertensión, es que puedan ser generalizados a los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o enfermedades en las que el paciente tiene un rol fundamental en la aplicación del tratamiento (Escobar, 2012).

Los hallazgos planteados en esta investigación, por ser de carácter cualitativo, pretender dar cuenta de una mirada mas profunda del fenómeno desde el enfoque con el cual se esta abordando, por lo que se torna necesario realizar futuras investigaciones en las cuales estos resultados sean puesto a prueba y utilizados

para generar conocimiento y herramientas en beneficio de los pacientes hipertensos.

## 7. Referencias

Anderson, N. B. (1989). Racial differences in stress-induced cardiovascular reactivity and hypertension: Current status and substantive issues. *Psychological Bulletin*, 105, pp. 89-105.

Blumenthal, J.; Babyak, M.; Wei, J.; O'Connor, C.; Waugh, R.; Eisenstein, E.; et al (2002) Usefulness of psychosocial treatment of mental stress-induced myocardial ischemia in men. *American Journal of Cardiology*; 90 (1); pp. 86-87.

Bogner, H. & de Vries, H. (2008) Integration of Depression and Hypertension Treatment: A Pilot, Randomized Controlled Trial. *Annals of Family Medicine*; 6; pp. 295-301.

Botella, L. (2000). El ser humano como constructor de conocimiento: El desarrollo de las Teorías Científicas y las Teorías Personales.

Butler, E.; Lee, T. & Gross, J. (2009) Does Expressing Your Emotions Raise or Lower Your Blood Pressure? The Answer Depends on Cultural Context. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 40 (3), pp. 510-517.

Carels, R., Blumenthal, J. & Sherwood, A. (2000) Emotional responsivity during daily life: relationship to psychosocial functioning and ambulatory blood pressure. *International Journal of Psychophysiology*, 36 (1), pp. 25-33.

Carretero, O. & Oparil, S. (2000) Essential hypertension: Part I: definition and etiology. *Circulation*; 101, pp. 446-458.

Castro, P. (2008). Cambio de Teorías Subjetivas de profesores a la enseñanza y el aprendizaje de valores. Tesis Doctoral. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Catalán, J. (s/a) Análisis de contenido en estudios de Teorías Subjetivas. [Extraído el 15 de febrero del 2012 de [http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/comunicaciones/catalan\\_ahumada.pdf](http://www.ugr.es/~cmetodo/pdf/comunicaciones/catalan_ahumada.pdf)]

Catalán, J. (1997). *La profesión del profesor según las teorías subjetivas de los formadores*, Tesis Doctoral, Santiago: Facultad de Educación-Pontificia Universidad Católica de Chile.

Catalán, J. (2001). Teorías subjetivas y creatividad: Hacia una reforma educacional posible.

Cuadra, D. (2009). Teorías Subjetivas en adolescentes de una escuela de bajo rendimiento, sobre la enseñanza y el aprendizaje del alumno. *Revista mexicana de Investigación Educativa*. 27 (42), pp. 939-967.

Denollet, J., Martens, E.J., Nyklicek, I., Conraads, V., & Gelder, B. (2008). Clinical events in coronary patients who report low distress: Adverse effect of repressive coping. *Health Psychology*, 27 (3), pp. 302-308.

Dressler, W.W.; Bindon, J.R. & Neggers, Y. (1998). Culture, socioeconomic status, and coronary heart disease risk factors in an African American community. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, pp. 527-544.

Escobar, C. (2012). Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida. Tesis de Magister, Santiago: Universidad de Chile.

National Institutes of Health (2004) Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. [Extraído el 10 de diciembre del 2011 de <http://www.nhlbi.nih.gov>]

Ferrera, N., Moine, D., Yáñez, D. (2010). Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *REV FED ARG CARDIOL* 2010; 39: 194-203.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Hill, C. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 58, pp. 288-294.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México, DF: McGraw-Hill de México.

Herrera, P. (2010). Cooperation and Resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs.

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial.

Kaplan, N. (2005) *Clinical Hypertension*, 9th Edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

Kelly, G. (1955). *Psicología de los constructos personales*. Nueva York: Norton. Reimpreso en Routledge, Londres, 1991. [Extraído el 13 de noviembre del 2011 de <http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=kZPtfcLsKpsC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Kelly,+1955+teoria+de+constructos+personales&ots=qiZS4jINhr&sig=peyOzfIMJkwU6mIYsl6dsbTIY7A#v=snippet&q=predicciones%20tan%20&f=false> ]

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*; 7, pp. 19- 39.

Martin, L. Grau, J. La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, eds. *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. Universidad de Guadalajara, 2005.

Martín, L., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M., Rodríguez, J., Vento F., y Acosta M. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana Salud Pública*. 33 (3).

Marín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública Mex*. 43. Pp. 336-339.

Menéndez, C., Montes, A., Gamarra, T., Núñez, C., Alonso, A. y Buján, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*. 31 (8). 503-513.

Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado, M., y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*. 10 (2). Pp. 199-216.

MINSAL, (2003). Resultados I Encuesta de Salud, Chile.

MINSAL, (2007). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible.

MINSAL, (2010). Guía Clínica: Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años o mas. *Serie de guías clínicas MINSAL*.

Moncada, L. (2007). Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas. *Tesis Doctorales en Psicología*. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Postgrado, Programa de Doctorado, Universidad de Chile. pp. 9-49

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE. *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1998.

Nezu, A.; Maguth, C.; Geller, P.; Weiner, I. (Eds, 2004) *Handbook of Psychology. Health Psychology*. New York: Wiley & Sons.

Organización Mundial de la Salud (2004), Adherencia a largo plazo: Pruebas para la acción.

Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de enfermedades crónicas: una inversión vital.

Quintana, A. y Montgomery, W. (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM

Ramones, I. (2007). Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2 (5). pp. 147-150.

Rodrigo, M. y Pozo, J. (2001). El cambio representacional en el conocimiento conceptual. *Infancia y Aprendizaje*. 24(4). pp. 407-423.

Rodríguez M (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 14(3). pp. 98-101.

Séptimo Informe del Joint Nacional Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. (2003) [Extraído de <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html#princi>. El 23 de noviembre de 2011]

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: Epistemología y técnicas*. Buenos Aires: De las Ciencias.

World Health Organization (2003) *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.

World Health Organization (2006) *Working together for health*

World Health Organization, (2010) *Health system financing: the path to universal coverage*.

## 8. Anexos

### 8.1. Pauta de entrevista a Paciente<sup>3</sup>

#### Sobre el Tratamiento y la Enfermedad

- Información y creencias sobre la enfermedad: ¿Qué sabe, qué le han explicado? (causas, consecuencias, tratamiento).
- Significados personales: ¿qué significa para ti tener hipertensión? (indagar cambios en identidad).
- Reacción y expectativas iniciales sobre el tratamiento, al ser diagnosticado.
- Evaluación y experiencia actual de la enfermedad y el tratamiento. ¿Ha cambiado?
- Criterio para evaluar el tratamiento.
- Expectativas actuales sobre el futuro del tratamiento y la enfermedad. ¿Cree que podrá adherir?

#### Sobre Adherencia

- ¿Cómo ha sido seguir el tratamiento?, ¿fácil, difícil?
- Aspectos más fáciles y difíciles de adherir. [Identificar específicamente conductas]
- Percepción sobre su propia participación, motivación y adherencia en el tratamiento (diferenciando medicamentos, dieta, ejercicio y otros aspectos del tratamiento). ¿Ha cambiado?

---

<sup>3</sup> Como este estudio es parte de una investigación mayor, realizada por un equipo de investigadores, la pauta de entrevista al Paciente de este estudio es parte de una investigación mayor, realizada por un equipo de investigadores. Se comparte muestra con la investigación "Cooperation and Resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs" (Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg), de Pablo Herrera (2010), con la investigación "Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida" (Universidad de Chile), de Cesar Escobar (2012) y con "Patrones relacionales y diálogos internos asociados a la resistencia al tratamiento de la hipertensión arterial" (Universidad de Chile), de Margarita Morandé (aún sin publicar).

- [Si antes no adhería o no cooperaba activamente y ahora sí, comprender qué pasó, identificar recursos]. ¿Cómo lo haces para adherir / motivarte? (estrategias)
  - Explorar intentos anteriores de adherir, si los hay.
  - Variables que facilitan y dificultan la adherencia.
  - Impacto sobre la familia y participación de ésta en e proceso. Indagar sobre cambio de roles, expectativas futuras y relaciones de apoyo externas e internas).
  - Experiencia y evaluación de la relación con el doctor / equipo médico.
  - Contextos o situaciones que gatillan el comportamiento no adherente.
    - Llevar al paciente a que se instale en estas situaciones e imagine que adhiere, de modo de identificar “qué se lo impide” (recursos, conflicto...). [Responder: ¿Qué se logra o pretende lograr a través del comportamiento no adherente, que es valorado o necesario en el mundo subjetivo del paciente?]
    - Motivaciones para no adherir y valores personales asociados.
  - Preguntar: ¿Qué crees tú que hace que otros no adhieran?
  - Motivaciones para adherir y valores personales asociados. ¿Por qué/Para qué seguir el tratamiento?
  - Percepción de costos y beneficios de adherir y no adherir, así como de mejorar o no mejorar su condición. ¿Qué pasa si adhieres / si no adhieres?
- \*\*\*Identificar emociones asociadas a adherir, no adherir, expectativas y relación con equipo médico.

## 8.2. Consentimiento Informado



### **ESTUDIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*(Personas diagnosticadas con Hipertensión)*

Yo, \_\_\_\_\_ he sido invitado en a participar en un estudio sobre el tratamiento de la hipertensión arterial, con el objetivo de conocer factores que ayudan y dificultan la adherencia a éste.

El problema de la adherencia al tratamiento es de especial relevancia porque cerca de la mitad de los pacientes no adhieren suficientemente al tratamiento, y hasta ahora los métodos para mejorar estas cifras no han sido adecuadamente efectivos.

Este estudio es parte de una tesis doctoral de la escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en un programa en conjunto con la Universidad de Chile.

Entiendo que mi participación en este estudio, en calidad de paciente diagnosticado con hipertensión, será grabada en video y audio. Mi contribución puede consistir en una entrevista individual y en permitir la observación de una sesión de control médico. Puedo decidir participar solamente de la entrevista, de la sesión de control, o de ambas. Además, si acepto participar, los investigadores verán algunos datos de mi tratamiento (otros diagnósticos, asistencia a controles).

Entiendo que puedo decidir retirarme de la investigación en cualquier momento que lo desee y que esto no afectará el tratamiento que sigo en esta institución o futuras atenciones en que pueda incurrir. Además, si deseo en un futuro que mis datos sean eliminados del estudio, puedo solicitarlo libremente.

Finalmente, entiendo que la información grabada será confidencial y conocida solamente por el equipo de investigación, sin ser transmitida a los profesionales tratantes u otras personas de la institución de salud.

Entiendo esta hoja de consentimiento y acepto participar en la investigación.

---

Fecha:

Si Ud. Tiene preguntas respecto al estudio, puede contactarse con Pablo Herrera Salinas (investigador principal) al teléfono (2) 3541242 o al correo electrónico [paherres@uc.cl](mailto:paherres@uc.cl); a Margarita Morandé Dattwyler al 08-2793066 o al correo electrónico [mmorande@uc.cl](mailto:mmorande@uc.cl); a César Escobar Tobar al 8-2239834 o al correo [caescobartobar@gmail.com](mailto:caescobartobar@gmail.com); o a Belén Martínez al 8-9021408 o al correo [ps.belen.martinez@gmail.com](mailto:ps.belen.martinez@gmail.com).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Como este estudio es parte de una investigación mayor, realizada por un equipo de investigadores, el consentimiento informado es compartido con las investigación "Cooperation and Resistance toward medical treatment in Hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs" (Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg), de Pablo Herrera (2010), con la investigación "Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida" (Universidad de Chile), de Cesar Escobar (2012) y con "Patrones relacionales y diálogos internos asociados a la resistencia al tratamiento de la hipertensión arterial" (Universidad de Chile), de Margarita Morandé (aún sin publicar).

### 8.3. Ejemplo de entrevista

#### Entrevista VI

1. E: vamos a partir por qué sabes tú de la enfermedad
2. P: ¿Qué es?
3. E: ¿Que sabes, que te han dicho? Que te han explicado principalmente de la causas consecuencias y del tratamiento mismo.
4. P: bueno las causas, principalmente en mi caso es el sobre peso y las consecuencias podemos sufrir algún problema al corazón y eso
5. E: eso
6. P: eso. Como es que es re poco
7. E: que te han explicado
8. P: como que re poco, la verdad yo no he preguntado mucho- es decir toda la vida he sabido que si uno tiene hipertensión se tiene que cuidar mucho. Entonces como que me diagnosticaron la hipertensión y yo dije: yo sé que tengo que hacer todo lo que me dicen que tenga que hacer.
9. E: ah ya.
10. P: pero de ahí a saber cómo opera y como funciona...
11. E: pero si hacer todo lo que te digan que tienes que hacer.
12. P: si
13. E: el tratamiento en que consiste
14. P: en dieta, que tengo que estabilizar el peso, o sea no estabilizar, bajar de peso. He y que dé con eso se me estabilizara un poco la presión, porque parece que la hipertensión es irreversible. Em, pero primero la baja de peso, es decir primero que nada la baja de peso y el ejercicio. Que voy 3 veces a la semana al gimnasio...
15. E: y farmacológicamente
16. P: ah me dio un remedio que es un pastilla que me la tomo en la mañana
17. E: ¿y para qué es la pastilla?
18. P: para regular la presión
19. E: ¿solo para regular la presión?

20. P: eso es, yo creo, porque no he preguntado mucho tanto de que hace cómo opera, ni nada de eso
21. E: y que significa para ti tener hipertensión
22. P: eh--- suspira. Que significa para mi haber abusado mucho de la suerte que tenía, creo
23. E: ¿haber abusado de la suerte que tenías?
24. P: si porque yo siempre he tenido sobre peso, entonces, pero nunca había tenido un problema de presión, nunca había tenido problemas anexo al sobre peso y ahora que estoy con esto de la hipertensión me, eso me tiene muy asustada, entonces siento que abuse mucho de
25. E: ¿abusaste de qué?
26. P: de no tomarme en serio el sobrepeso
27. E: mmmmm. Como no tomarse en serio las consecuencias del sobrepeso
28. P: si, las consecuencias del sobrepeso
29. E: y hace cuanto te dieron el diagnóstico de hipertensión
30. P: debe ser como un mes y medio
31. E: ¿un mes y medio?
32. P: si
33. E: un mes y medio y como fue cuando te entregaron el diagnostico.
34. P: silencio, em. A mí me, me, conmovió mucho. El hecho de que saber que, de partida tener la presión alta, nunca había tenido la presión alta que, no siempre había tenido la presión normal y baja. Em. Entonces, así como en verdad como que se me acabó la suerte. Porque en realidad como pa
35. E: te dio pena
36. P: no sé si pena. No, me dio como más, silencio, a ver si me reviso... si me reviso, si como que me dio pena. En realidad, si como que me dio pena. Si
37. E: se me acabo la suerte, que pena se me acabo la suerte
38. P: si, como que ahora me tengo que tomar en serio esto
39. E: mmm.
40. P: eso
41. E: y como fue la forma en que te dieron el diagnóstico

42. P: cómo la forma
43. E: el profesional...
44. P: lo que pasa es que ese día me fui hacer varios exámenes, va ¡me atendí con varios médicos! Y me atendí con uno y con otro y con todos los médicos con los que me atendí todos me tomaron la presión y todos me encontraron la presión alta. Unos más alta y otros más baja, pero todos alta entonces después tenía el último chequeo lo tenía con la cardióloga, entonces le conté y me dijo y tenía un poco alto el colesterol, o sea el máximo es 200 y tenía 212. Pero por la presión había que poner ojo, entonces me pidió Holter y el test de esfuerzo. Y en el test de esfuerzo no me subió la presión pero si en el Holter, si me marco unas presiones muy altas. Em. Entonces eso fue como que me asustó.
45. E: y del tratamiento que esperas
46. P: espero bajar de peso. Sobre todo eso, es decir si la hipertensión tengo que tenerla toda mi vida, ja. Lo que espero es bajar de peso. Es decir, estoy concentrada en eso absolutamente, primera vez en la vida que estoy concentrada en eso
47. E: primera vez en la vida concentrada en eso
48. P: si, y absolutamente dedicada en eso. Primera vez dedicada a eso
49. E: como que la hipertensión es irreversible, pero bajando de peso...
50. P: es más llevadero
51. E: entonces estas concentrando todo tu esfuerzo ahí
52. P: si
53. E: mmm y como ha sido experiencia de tener hipertensión y ser hipertensión de tener:
54. P: es raro porque ando como muy, como de repente emborracha, mareada, como que me como que me encandilo fácilmente, de partida la primera semana estuvimos viendo la dosis del remedio y me bajo mucha la presión. Entonces andaba más mal, pero mal, mal, mal. Es decir yo no sé a lo mejor yo tenía la P alta más tiempo y no me había dado cuenta. O me había acostumbrado a eso.

55. E: como que te habías acostumbrado a andar con la presión alta
56. P: si, entonces esto de que la presión me bajara de más. Porque la tenía muy baja, me hizo sentir pésimo. Entonces después me cambiaron la dosis, el remedio, la dosis. Ha sido, muy raro. Que lata estar así sentirme mal. Si yo hubiese podido hacer lo que quería me hubiera quedado encerrá en la casa, esperando ver que me pasaba.
57. E: esa hubiera sido la estrategia
58. P: si, quedarme escondida en la casa tomándome el remedio, viendo que pasa. Hasta cierto punto me paralizaba esto de sentirme tan extraña.
59. E: ha sido fácil o difícil seguir las indicaciones
60. P: no, no. No porque después de que encontraron las dosis me sentí, me he sentido. Como que estoy haciendo algo por eso para eso y no así como arrojada las circunstancias de la vida, que u qué mala suerte, si no que me sentí como responsable y activa en este proceso
61. E: como haciéndote cargo
62. P: si haciendo cargo, y eso me hace sentir muy feliz y me hace sentir como tranquila y alegre. Incluso, sabes que hasta cierto punto, es divertido parece que te comente el otro día me sentí hasta como premiada
63. E: como premiada
64. P: así como que ahora tengo que hacer cosas para mí, por mí
65. E: jajajaja
66. P: jjajajaja
67. P: por mí y disfrutarlo además. Es decir ni siquiera tengo la obligación de disfrutarlo si no que lo disfruto del ser porque es rico
68. E: surge
69. E: y en algún aspecto ha sido difícil y seguir las indicaciones del tratamiento
70. P: ha sido difícil cuando estoy con gente que por ejemplo estén comiendo cosas que no puedo comer
71. E: como que cosas
72. P: pie de limón
73. E: jajajaja

74. P: oooo, si esas cosas principalmente, por ejemplo cosas ricas, mañana tengo una reunión con unas amigas y ya se, ya se, que, que, van a llevar un motón de cosas que comer entonces ya tengo programado como que va ser en mi casa, es tener preparan un montón de cosas que yo sí puedo comer. Entonces. En ese sentido eso me ha costado, la gimnasia no me costado, pa na, toi contenta, feliz, me encanta. Además como me siento más ágil, me siento que puedo hacer más cosas, entonces me dan más ganas de hacer gimnasio
75. E: has visto consecuencias ricas.
76. P: si
77. E: poder hacer más cosas
78. P: si
79. E: poder sentirse más ágil
80. P: si
81. E: esas cosas te han ayudado
82. P: si
83. E: a continuar haciendo
84. P: si
85. E: el ejercicio
86. P: si
87. P: es decir en el gimnasio a eso no me ha costado na
88. E: y
89. P: incluso estuve con una inflamación en la rodilla que me dolía mucho y tenía que hacer ejercicio con una compresa de hielo en la rodilla y todo y estaba en el gimnasio y todo y bueno en la clínica que estoy en un plan que, que es de varios especialistas como que todos los médicos estaban pendientes que fuera a abandonar por que tenía el problema de la rodilla. Y lo único que quería era que se me pasara esta cuestión porque se me molestaba para hacer ese ejercicio, (risa) entonces fue como rico
90. E: y por qué se te paso esa molestia de la rodilla

91. P: porque me dieron el tratamiento, y todo, me vio el kine y todo lo que había que hacer a que se debía y
92. E: entonces...
93. P: entonces sabes que eso me tiene más contenta. Que estoy bien cuidada.
94. E: mmmmmmm
95. P: porque antes he hecho gimnasia y me lesione una cadera, no pude seguir haciendo, eh, otra vez me lesione el hombro
96. E: bien cuidada por quien
97. P: bien cuidada por los médicos, que están en el programa que estoy siguiendo
98. E: la forma en que ellos te han tratado te ha hecho sentir cuidada.
99. P: no, más que el trato es el hecho de que cuento con ellos para lo que necesito. O sea el trato también es importante, Toda la gente del programa son súper amoroso, pero más que eso, es el hecho que cuento con el apoyo de especialistas que están ahí, a la mano.
100. E: cómo es contar con el apoyo, contar con ellos, como son amorosos, que es eso
101. P: si sin bien amorosos, lo que me importa es que cuento con ellos. Que cuento, porque yo pague un plan, es decir que yo cuento con ellos porque ellos son buena gente, no yo pague un plan y dentro del plan incluyen todos los especialistas, entonces voy al kinesiólogo y no tengo que pagar extra y está todo ahí mismo, todos tienen la ficha todos tienen todo, entonces no tengo que andar de médico en medico oiga me duele el hombre, oiga me duele esto otro
102. E: no tienes que andar de médico en medico contándole a cada uno lo que te está pasando
103. P: no es un programa en que esta todo coordinado bien, pero no coordinado desde el "nanai".
104. E: profesionalmente
105. P: si, profesionalmente, eso, si eso
106. E: eso te ha ayudado a adherir, a seguir las indicaciones que te han dado

107. P: si, yo creo que sí, mucho, creo que si mucho. Además que están, los tengo ahí, si me pasa cualquier cosa pregunto al tiro y además que yo me voy chequeando es decir que me está pasando con esto, con lo otro
108. E: desde tu entrenamiento en focusing
109. P: en focusing, sí. Que me está pasando con esto, que me está pasando con lo otro. Entonces voy y hablo con la enfermera y ellos están siempre asiduos a solucionar las cosas a buscar respuesta a todo
110. E: están abiertos a buscar respuestas, están escuchándote las necesidades
111. P: y no las mías no más, de toda la gente del programa. O sea a si funciona el programa.
112. E: ya o sea has visto ese trato contigo, sino con otra gente del programa
113. P: no porque yo soy
114. E: no porque eres tú no más, el programa es así
115. P: no po, el programa es eso
116. E: y te has atendido en otro lugares para bajar de peso
117. P: es si, antes, si
118. E: y es un trato similar
119. P: o sea, es diferente, porque yo estaba en otra etapa y buscaba cosas diferentes, en cambio lo que busco acá es el apoyo profesional, es decir de los médicos especialistas y eso la clínica lo da muy bien y es distinto es absolutamente distinto. Pero también porque yo busque algo distinto
120. E: y lo que andabas buscando ¿es?
121. P: el apoyo profesional, medico. De tener la seguridad de que estoy haciendo las cosas bien y no que hago una cosa y me perjudica para otra.
122. E: el equipo te apoyado entonces,
123. P: si, pero insisto no es de buena gente. Es por que este programa en que la cosa opera así
124. E: en que los profesionales están entrenados para que funcione así. Profesionalmente la cosa tiene que funcionar así
125. P: si
126. E: no de puro buen corazón

127. P: a mí me gusta mucho, porque ellos saben lo que están haciendo, porque lo están haciendo, y como lo están haciendo y yo confío en eso
128. E: el otro día me contabas que has bajado de peso, ¿cuánto has bajado de peso?
129. P: a no ser ahora, unos 5 kilos. Y has sido poco en relación a... pero he reducido de talla, he reducido dos tallas, pero he bajado re poco de peso
130. E: ya pero redujiste la talla y bajaste de peso
131. P: mm si
132. E: en estos dos meses de tratamiento
133. P: si pero un día en vez de bajar, ¡subí!!! Me y casi me morir, por esta bien bueno no bajar, pero subir. Subí como medio kilo con respecto a la vez anterior que me había chequeado, entonces fue terrible. Y ahí estaban todos pendientes de que... era súper divertido por que la única que se castigaba era yo. En cambio todos los demás andaban detrás de mí: no importa si esto es así.
134. E: los demás quienes
135. P: los médicos, los médicos. La enfermera, el profe del gimnasio
136. E: entonces en vez de decirte, usted tiene que bajar de peso, usted tiene que bajar de peso, te decían lo contrario. No importa
137. P: no importa sigamos no más, si la otra semana y como y yo estaba muy frustrada, por más encima había hecho cosas que estaban mal, pero no con la intención de salirme de la dieta por ejemplo , sino que había entendido mal explicaciones por ejemplo había tomado algo que yo suponía que podía tomar y no lo podía tomar. Entonces, sumamos las calorías y estaba tomando más calorías y yo pensaba que eso no tenía calorías. Entonces después al final le pedí que por favor me escribiera puntualmente que podía comer, no más que podía comer, que me hiciera no de libre elección si no que me hiciera una dieta programa y todo la nutricionista y ya me la hizo y ahí como que ya cache y ya y seguí bajando de peso. Pero fue, en tres días baje un kilo y medio, después de eso. Entonces me quede, necesitaba eso. Bueno en el intertanto me hice algunas sesiones de focusing,

138. E: y te ayudo eso
139. P: siiiii
140. E: siiiii
141. P: o sea, si no creo que me ayude jajajaj
142. E: y te ayudo a qué
143. P: a desbloquear las emociones que estaban ahí obstruyendo el proceso, digamos. Em. Como que... a revisarte sobre todo en eso, en las emociones, es que no sé cómo decirlo sin entrar en detalles
144. E: y quieres entrar un poco en detalles
145. P: no,
146. E: está bien, a lo mejor en otra conversación lo podemos ver, pero dejémoslo ahí
147. P: a ver lo que pasa es que en lo energético, hay algo que pasa que uno lo mantiene con los pies en la tierra y que es comer carbohidratos, ya o sea cuando uno está muy abierto desde lo energético y quiere cerrar, uno lo que hace es comer carbohidratos y resulta que en la dieta tengo que comer carbohidratos pero, me di cuenta que tenía más ganas de comer carbohidratos que otras cosas, entonces había cosas que dejaba de comer y que no comía esas cosas pero si me comía todos los carbohidratos que me podía comer en el día , entonces para destrabar me dijeron que no podía comer carbohidratos y cuando me dijeron eso que no podía comer carbohidratos a mí me pasaron muchas cosas, ahí dije esto necesita focusing, que es lo que pasa conmigo? Y en realidad tiene que ver con eso, con todo esto, mis capacidades, ¿cómo las puedo decir? le ayuda a. sólo que yo no quiero activarlo, quiero...
148. E: mantenerte con los pies en la tierra
149. E: creo que sí, pero eso te ayuda a no comer carbohidratos
150. P: no po, los carbohidratos son los que te hacen cerrarte
151. E: aaaa ya. A entonces, claro

152. P: si yo dejo de comer carbohidratos. Pero es una creencia, es decir es una creencia mía, no que a mí se me ocurrió sino que, es algo que la gente que trabaja en esto de la energía sabe
153. E: es un conocimiento, pero entonces esa creencia, porque es una creencia
154. P: si tiene una base
155. E: si sientes que te empieza a abrir
156. P: si me complica
157. E: te complicaría, volvería a comer carbohidratos
158. P: no creo que después de que lo visualicé, me di cuenta de que bueno a lo mejor lo que tengo que hacer en este instante es abrirme a eso y saber qué hacer con eso
159. E: mmm eso te da otra posibilidad de solución,
160. P: si
161. E: no, necesariamente comer carbohidrato
162. P: claro, si por que no por nada llegue al peso que tengo
163. E: por que llegaste al peso que tienes,
164. P: por comer mucho carbohidratos jajajajajaj
165. E: es como una estrategia para
166. P: ¡no!, no sé, porque son ricos no más, no es por una estrategia, yo creo que por lo que come carbohidratos todo el mundo porque son ricos
167. E: y en tu familia como a afectado el tratamiento
168. P: a es que como Carlos está en tratamiento también, tiene que hacer dieta. Hemos hecho dieta juntos y bien. O sea en ese sentido, además que la dieta es una cosa así como tan terrible, por ejemplo igual seguimos saliendo a comer por ejemplo. Los martes y los jueves nos juntamos a almorzar en el centro igual nos seguimos juntando y comemos lo que podemos comer.
169. E: no ha significado romper ciertas rutinas agradables
170. P: no.
171. E: y tampoco modificar tanto

172. P: es que nosotros en general comemos hartos vegetales. Lo que he tenido que hacer y obligarme a hacer: en cuanto a dieta es tomar leche: tomar tantos lácteos al día
173. E: lácteos
174. P: no tomo leche habitualmente. Lo otro que tengo que hacer es comer 2 veces al día carne. Nosotros habitualmente no comemos carnes, por ejemplo pescado, pollo, carnes rojas no comemos nunca ahora menos, pero si 2 veces al día comemos carnes.
175. E: me dijiste que mañana te reúnes con personas que van comer cosas que a ti te gustan, situación que te
176. P: complica
177. E: te complica que otra situación te complicaría
178. P: eso, porque en mi casa, como yo soy la que manda con respecto a las comidas, no me complica
179. E: tú mandas en la comida
180. P: sep en eso no me complica y Carlos tampoco va andar comiendo cosas que no puedo comer puede comer porque él tampoco las puede comer
181. E: es más cara la dieta
182. P: en cuanto tengo que comer 2 veces al día carne, sino, porque nosotros comemos principalmente verduras, a nosotros, es decir, nosotros normalmente en la semana antes comíamos una vez, 2 veces
183. E: y que sea más caro te haría en un momento no seguir la dieta
184. P: no risas. O sea sería ridículo decir eso, porque por último, o sea nosotros habitualmente salimos a comer afuera o sea, sería como decir (risa). Pero no es el caso, a lo mejor en otro momento económico de la vida si, pero no. Ahora si es más caro, creo que pa otra gente, normalmente la gente que come mal, come carne y come cosas que no comíamos. Ejemplo Come carnes, mucha frituras, muchas masas, nosotros normalmente no comíamos esas cosas. Eh entonces como que por eso nos sale más caro, tenemos que agregar a nuestra alimentación el pescao por ejemplo, el pescao es carísimo.

- Entonces, creo que para otra gente podría ser más caro pero tan caro como lo es para nosotros, que la casa chica
185. E: de esa perspectiva, una dieta más cargada a los vegetales podría ser más barata, estoy bajando la carne, me resulta más barato
186. P: si creo que a la demás gente le resulta más barato, a nosotros nos resulta más caro, pero nos resulta más caro comer en la casa porque igual nosotros comimos fuera. Entonces tampoco es un problema económico
187. E: por qué crees tú que la gente no sigue las indicaciones de tomarse los remedios o de dieta o ejercicio, no las sigue
188. P: yo creo que por inconciencia. He por que, por ejemplo, yo anteriormente hice dietas o cosas así, de repente ya me desconectaba de mis necesidades físicas, estaba más pendiente del hacer que del sentir, que del disfrutar. Entonces como que ahí me fui olvidando que tengo que tener un orden que tengo que comer a ciertas horas que ciertas cosas, sino que comía lo que era más fácil, como que no tomaba eso un tema de sobrevivencia
189. E: importante o sea el hecho de estar desconectada de tus necesidades, de tus ritmos, de tus sentimientos, era finalmente como cualquier cosa, o lo que encuentre
190. P: lo que encuentre no más y lo que se a más fácil y más rápido y que es lo que es más fácil comerse un pan con algo. O sea en todas las casas hay pan y algo pa echarle
191. E: y algo pa echarle
192. P: en cambio hacer una dieta significa cocinar, cocinar preparar algo que es lo más saludable, tiene que ser lo más saludable, no llegar y comer pan
193. E: mmm
194. P:
195. E: oye algo que no te haya preguntado y que sea importante que decir con respecto a tu adherencia
196. P: no sé, a lo mejor recalcar que tiene que ver con una cuestión emocional la adherencia al tratamiento que tiene que ver con una toma de conciencia de los procesos fisiológicos que nos mantienen vivos

197. E: si tuvieras que pensar en tu relación con los tratamientos de los medicamentos, dietas con que metáforas la representarías o con qué imagen representarías a ti en relación al tratamiento
198. P: en relación al tratamiento, en relación al momento que estoy viviendo. Porque lo primero que me surgió fue va tanto al cántaro de agua que al final se rompe jajaaj como que es eso
199. E: mmmm
200. P: tanto vivir en la incidencia en el hacer, en el producir como que uno tiene que generar cosas generar no solo dinero si no que relaciones, generar un montón de cosas que al final de cuentas lo van alejando de uno mismo y resulta de que. Por lo menos a mí me ha pasado que me desconecto de mí en otros sentidos.
201. E: gracias
202. P: cuando quiera