

VIVENCIANDO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

VIVENCIANDO A HIPERTENSÃO EM CONSULTÓRIOS DE CUIDADO PRIMÁRIO
LIVING HIGH BLOOD PRESSURE IN DOCTOR'S OFFICES OF PRIMARY ATTENTION

Yocelyn Price*
Patricio Arellano**
Daysi Burgos***
Mirta García****
Jorge Peñailillo*****
Luz Angélica Muñoz*****

RESUMEN: La investigación describe un universo cultural de pacientes que sufren Hipertensión Arterial y su cosmovisión en estos procesos y que son atendidos en los Consultorios periféricos de atención primaria en el sur de Chile. Se utilizó la investigación cualitativa de trayectoria etnográfica. Integraron el universo cultural pacientes adultos mayores hipertensos, con controles regulares a lo menos de dos años y que participaron con consentimiento informado. Se analizaron los datos según Spradley (1979-1980), utilizando de este modo la entrevista etnográfica y la observación participante. Los hallazgos demuestran la cosmovisión de los pacientes en el proceso salud-enfermedad como la percepción del cuidado que reciben de la enfermera y equipo en los consultorios. Así la hipertensión Arterial se constituye en este grupo como una pérdida del bienestar, siendo caracterizada como "una ruina total" percibida como una destrucción de su persona mostrándose la interferencia de la enfermedad en muchos aspectos de su vida, en forma especial de la red social, con pérdida de autonomía y libertad. Surgieron sentimientos de frustración, incertidumbre, y muestras de desconfianza de la efectividad del tratamiento como el autocuidado que requiere de sí mismo. Quien acaba sufriendo más con todo esto es la familia, por ser su fuente de apoyo. Sin embargo un grupo manifestó sentimientos de aceptación de la enfermedad y su deseo de superarla. El conocimiento obtenido permitirá al personal de enfermería modificar los actuales modelos de atención tanto en el cuidado como en el rol educativo para un cuidado coherente a sus expectativas de acuerdo a su contexto cultural, con atención para el funcionamiento familiar.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria de salud; hipertensión.

INTRODUCCIÓN

Nuestro interés en conocer la experiencia de los pacientes hipertensos, en el contexto de los servicios de Atención Primaria, surgió de nuestra propia experiencia durante el proceso de formación profesional.

En este proceso, hemos logrado la capacidad de percibir y considerar al ser humano en una dimensión biosicosocial, como miembro de una familia, y parte de una comunidad determinada.

En nuestras experiencias clínicas realizadas en los consultorios sobre el Programa del Adulto Mayor en la actividad de control de pacientes crónicos, cuya mayoría padecen de hipertensión y diabetes, hemos apreciado cómo el paciente hipertenso, por efecto de sus controles, tratamiento y recomendaciones de cambio de hábitos,

* Licenciada en Enfermería, Profesor Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago Chile.

** Enfermero, Profesor Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago de Chile

*** Enfermera Hospital Chaiten, X Región, Chile.

**** Enfermera, Consultorio La Unión, La Unión, X Región, Chile.

***** Enfermero, Consultorio Choshuenco, Panguipulli, X Región, Chile.

***** Dr. en Enfermería, Directora Escuela de Enfermería, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile
e mail: lmunoz@abello.unab.cl

siente muchas veces insatisfacción de la atención en salud como también del entorno familiar. Comienza a abandonar el tratamiento que le ha sido impuesto, incluso llegan a tomar con muy poca seriedad su enfermedad.

La Hipertensión Arterial es un problema de salud pública debido al rol causal de morbimortalidad cardiovascular, siendo uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la enfermedad coronaria, y también el de mayor peso para la cerebrovascular. A pesar de que desde el nivel ministerial se han establecido políticas, programas, y se han destinado recursos a realizar acciones de fomento y protección de la salud, su manejo y resultados no siempre son favorables, siendo la patología cardiovascular la primera causa de muerte en nuestro país (29% en 1992). Así mismo es una de las prioridades de salud del país, lo cual implica una distribución de recursos y esfuerzos especiales. La prevalencia de la Hipertensión Arterial en Chile, según estudios realizados por el MINSAL, alcanza un 18,8% cifra que aumenta en la población rural (24,0%) y afecta en su mayoría al sexo masculino. La prevalencia aumenta con la edad, siendo sólo el 10 % menores de 35 años y más del 50% mayores de 65 años. La Hipertensión Arterial es generalmente asintomática, lo cual dificulta su pesquisa en forma temprana. Se estima que un 40 a 50 % de los adultos desconoce su condición de hipertenso, siendo generalmente diagnosticada cuando se presenta alguna complicación.

Por otra parte la adherencia al tratamiento es uno de los mayores problemas en el proceso de control de la Hipertensión Arterial. A nivel ministerial se estima que sólo un 10% de los pacientes hipertensos que están actualmente en tratamiento están normotensos, el 15% de la población hipertensa tiene hipertensión sistólica limítrofe, entre 140 y 159 mm Hg y el 50% tiene presiones diastólicas menores a 105 mm Hg. Sin embargo no hemos encontrado algún estudio que pueda confirmar esta información. Se estima que aproximadamente el 70% de la población hipertensa a nivel nacional podría eventualmente ser tratada con medidas no farmacológicas, y es aquí donde cobra gran importancia el profesional de enfermería y la familia.

Así mismo, hemos visto llegar a estos pacientes a servicios de emergencia y de hospitalización, víctimas de crisis hipertensivas o consecuencias propias de la hipertensión, infartos, accidentes vasculares, que trascienden hacia los sectores, laborales, económicos, previsión.

Actualmente los centros de atención primaria, pretenden coordinarse con todos los niveles estratégicos de salud, intentando lograr un mayor impacto en la población, ampliando las coberturas, intentando conocer mejor la realidad de las comunidades a las cuales estarán dirigidas las actividades de salud.

Luego de conocer toda esta situación nos preocupa la vivencia que tiene los pacientes crónicos, en un afán de llegar a conocer su propia percepción de la enfermedad, cómo los afecta, que medidas utilizan para cuidarse, cual es su opinión respecto a la atención que están recibiendo actualmente en los consultorios.

Creemos que es nuestro deber, como licenciados en Enfermería, hacer crecer la disciplina y una forma de lograrlo es conociendo mejor los fenómenos a los cuales se ven enfrentados las personas con quienes trabajamos, pacientes o clientes, en este caso los pacientes hipertensos que se encuentran en control de hipertensión en los diferentes consultorios de atención primaria de la ciudad de Valdivia, quienes conforman una cultura que tiene conceptos, valores y creencias que le son propios respecto a su enfermedad Y a las formas de cuidado.

OBJETIVO

Conocer y describir como vivencian el fenómeno salud-enfermedad un grupo de pacientes hipertensos que son atendido en los consultorios urbanos de Atención Primaria de la comuna de Valdivia, dentro de su contexto cultural, incluyendo la familia.

METODOLOGÍA

Se optó para la realización de este trabajo por la investigación cualitativa de trayectoria etnográfica de Spradley (1979 e 1980), utilizando la observación participante y entrevista etnográfica y principios del interaccionismo simbólico y la enfermería transcultural de Leininger para su interpretación.

El Interaccionismo Simbólico es una teoría sobre el comportamiento humano , tiene como foco el significado de los eventos para las personas en su ambiente natural.

Según Mead (1972), el acto social es la unidad básica de análisis para explicar el comportamiento humano. Incluyen los aspectos encubiertos de esa actividad, es decir la experiencia. Los tres conceptos claves son, sociedad, yo y mente que son énfasis diferentes sobre el proceso del acto social. Así estos elementos tienen una fundamentación social ya que el individuo está inserto en una sociedad compuesta de culturas que integren valores y expectativas.

Las cuatro ideas centrales de este referente según Charon apud Angelo, M. (1989), son que los individuos interactúan entre sí, al tener como foco la interacción, se crea una imagen más activa del ser humano y rechaza la imagen pasiva de terminada por el organismo. De este modo la interacción implica personas actuando en relación a otras, percibiendo, interpretando y actuando nuevamente. El ser humano se comprende como actuando en el presente pero influenciado por lo que está sucediendo ahora. El pasado entra en acción de acuerdo a lo que traemos hacia el presente y lo aplicamos a la situación que tendamos a considerar.

La interacción sucede ahora y lo que hacemos está ligado con esta interacción. La interacción también sucede en lo íntimo del individuo. Los seres humanos actúan en un mundo definidos por sí mismos y actuamos de acuerdo a la situación encontrada. Describe al ser humano como impredecible y activo en su mundo, siendo libre en lo que hace, ello comprende elecciones conscientes de nuestras direcciones, evaluaciones y acciones y reorientación.

Por otra parte Leininger (1991), propone en su teoría una nueva forma de hacer enfermería, define así la Enfermería Transcultural como: "El área principal de la enfermería se centra en el estudio comparativo y en el análisis de diferentes culturas y subculturas del mundo, en relación con sus conductas asistenciales, cuidados de enfermería, sus valores respecto a la salud y enfermedad. Además sus creencias y patrones de conducta a seguir para un desarrollo científico y humanista que nos permita practicar los cuidados de enfermería de una forma específica según la cultura y también universal para todas ellas".

Leininger (1991), desarrolla su teoría basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y determinar mejor el tipo de cuidado que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Así mismo, Leininger afirma que la ceguera cultural, el shock, la imposición y el etnocentrismo por parte de los profesionales de enfermería reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos y, consecuentemente, la calidad de los cuidados brindados a los pacientes.

Para Leininger el "cuidado" se refiere a los fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigidas hacia otros individuos, con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana o modo de vida (Leininger 1991).

La teoría de Orem (1993), permite una estructura para el cuidado de enfermería, para el planeamiento de una atención efectiva y también para la obtención de datos y su interpretación.

La teoría de déficit de autocuidado de Orem (1993), establece la relación que existe entre la capacidad de acción del cliente y su demanda de autocuidado. Se entiende por autocuidado, la práctica de actividades que las personas realizan en su propio beneficio, para mantener su vida, la salud y el bienestar. El déficit de autocuidado se refiere a la relación entre las acciones que deberían desarrollar y aquellas que tiene capacidad de desarrollar para mantener su vida, la salud y bienestar. De esta forma, según la teoría de Orem(1993), la enfermera es la persona que posee habilidades y conocimientos para identificar incapacidades, como consecuencia de su estado de salud, que le impide cuidar de sí mismo por cierto período de tiempo.

Es fundamental el enfoque individual para identificar las demandas, capacidades y déficit de autocuidado. Los aspectos éticos fueron considerados.

TEMA CENTRAL

ES UNA RUINA TOTAL

La Hipertensión Arterial es descrita, por los pacientes que asisten a los consultorios, de diversas formas. A través de sus discursos, describen su forma de pensar y de sentir respecto a su enfermedad.

Así, aquellos pacientes que compartieron sus vivencias con nosotros caracterizan la Hipertensión como una ruina total, esto constituye una dimensión de la enfermedad de pérdida del bienestar, que interfieren o influye en varios aspectos de su vida, en especial la destrucción de su red social, ellos lo expresan diciendo:

"...ahí cambian las amistades, casi todo". De este modo nuestro universo le otorga a la Hipertensión una fuerte connotación de pérdidas afectivas y sociales, dejando ver como estas relaciones influyen en los distintos ámbitos de su vida, afectándolo como ser biosicosocial, así la enfermedad y sus complicaciones desde el punto de vista físico se esfuma.

En general nuestros clientes refieren al inicio de la enfermedad síntomas o sensaciones que se alejan de su estado normal de salud, expresando, por ejemplo, "dolor de cabeza", síntomas que son reconocidos y asociados por nuestro grupo como manifestaciones de la enfermedad.

Las diferentes formas que tienen los pacientes para describir la evolución de la enfermedad ha sido muy ligada a las experiencias de vida y del diagnóstico de la enfermedad, describiendo momentos diferentes en su proceso salud-enfermedad, así por ejemplo para un grupo fue diagnosticada de forma abrupta, por agudización de síntomas, quienes por la gravedad y la rapidez en la aparición de las molestias, demandaron atención en servicios de urgencia. Los clientes expresaban de la siguiente forma "sentí que la pierna se me dormía y me dio el ataque", el paciente se refería a un accidente vascular como el "ataque", lo que nos habla de la aparición súbita e inesperada de la enfermedad. Fue por esta razón que nuestro paciente fue llevado al hospital, y luego de eso acudió al consultorio al cual ingresó de forma casi casual, expresándolo así: "fui a caer al servicio de ustedes". Llama la atención en esta expresión que los pacientes no sienten este servicio y otras unidades de atención como usuarios que tienen derecho de asistencia propia, y no se perciben como integrantes de una comunidad, con sentido de pertenencia a su consultorio. A pesar de que están hace varios años en control, los pacientes no se relacionan en forma personal con el centro, percibiéndolo como algo que no les es propio.

Otro grupo de pacientes, que tenían molestias o síntomas leves de la enfermedad, consultaron en primer lugar en un centro de atención primaria. Describen así una secuencia diferente en la búsqueda de ayuda de la atención, señalando síntomas leves que comenzaban a interferir en su vida, expresaban lo siguiente "andaba mareá y fui al consultorio; la señorita me dijo que tenía la presión alta; de entonces me dejaron por la presión alta."

En los discursos de nuestros pacientes se manifiesta de múltiples maneras el resultado de tener la enfermedad, ya sea tanto en las restricciones de actividades rutinarias realizadas por la clientela como también en hábitos alimentarios entre otros. Afloran sentimientos adversos respecto a la utilidad personal que tienen dentro de su comunidad. Por otra parte, hay aspectos de su vida en que de ahora en adelante tienen mayor dependencia de otros miembros de la familia, perdiendo autonomía. La familia sin embargo, no siempre está consciente de su rol, y necesita también orientación.

Así mismo, nuestro universo reconoce formas de hacer subir la presión, las cuales se relacionan en general con hábitos de vida, alimentación, actividad, entre otros. Al realizar transgresiones que los llevan a un alza de cifras tensionales, no cumplen con las indicaciones dadas por el equipo de salud, teniendo plena conciencia de sus consecuencias. Se puede apreciar, entonces, que en muchas de estas situaciones, señalan información que ha sido mencionada por la enfermera en el consultorio.

Es importante reconocer que si bien las acciones que se mencionan efectivamente provocan un alza de presión, los pacientes también reconocen formas de bajar la presión arterial. Se puede observar que estas acciones que realizan para cuidarse en parte pertenecen al conocimiento popular, creencias a lo que ellos les otorgan un mayor valor que a las indicaciones de medicamentos, como se deja ver en los mismos discursos, "tomo jugo de limón y la hierba amarga", "me dan esas puras pastillitas para la presión nomás". Consideramos que los profesionales de enfermería debemos tomar mayor conciencia de las costumbres, creencias populares, y de la medicina tradicional y sin duda de sus efectos terapéuticos, porque la clientela tiene fe y utiliza estos medios para aliviar o sanar.

Los pacientes en sus relatos también nos mostraron su afectividad, emociones, sentimientos y frente a este último expresaron sentimientos con respecto al tratamiento, las complicaciones, a la misma enfermedad, así como al cuidado brindado. Frente a los sentimientos sobre el tratamiento farmacológico llama la atención la incertidumbre "no sé si me hará bien o mal", así manifiestan inseguridad respecto a los tratamientos.

En cuanto a las formas de cuidarse los pacientes describen variadas formas aceptando la enfermedad en su dimensión crónica. El control de salud lo perciben como poco eficaz señalando la dimensión de tiempo como una de las fundamentales que atentan a la gestión de la calidad de la atención de los usuarios. A algunos profesionales del equipo los perciben como poco acogedores manifestando que pierden la paciencia cuando se

les pregunta, asimismo valoran el examen físico y una revisión acuciosa de la ficha y el tratamiento medicamentoso. Así, sus expresiones revelan como perciben la atención "me ha examinado bien, abren la ficha y me dan los mismos remedios" "la atención ha sido muy buena, estoy muy agradecida, me gustó mucho la charla"

Nos encontramos además con tipos de opinión respecto al autocuidado, o bien a la responsabilidad que deben tener para con su cuidado, su bienestar, siendo característico el esfuerzo y el tesón que realizan ellos mismos para recuperar su salud. Todo lo anterior, refleja como los pacientes confieren gran importancia a las acciones y medidas que pueden realizar por sí mismos, no así a las opciones ofrecidas por el consultorio. Sin embargo, ellos atribuyen beneficios al cumplimiento de las indicaciones expresando estos beneficios como la desaparición de síntomas o una sensación de bienestar "sentirse mejor" "reponerse un poco" y algunos le atribuyen incluso propiedades de prolongar la vida, expresando: "Vivir un poco más".

Así mismo los pacientes señalan consecuencias de no cumplir con las indicaciones, refiriéndose a sus propias experiencias, señalan "me vuelve todo ese malestar". Hacen referencia a la reaparición de síntomas y pérdida del bienestar que de una u otra forma, ha sido provocado por ellos mismos: "me friego al tiro...", lo que dice también con lo inmediato que aparecen los síntomas. Además expresan cierto arrepentimiento "si yo hubiese reaccionado, no estaría así", dejando de manifiesto su pesar por transgredir las indicaciones y resistencia a cambios en hábitos y estilos de vida. También que por haber presentado complicaciones se encuentran en este momento dependientes "limitado... confinado a la casa", con pérdida de autonomía. La clientela percibe que este cambio debe ser mantenido en el tiempo; ellos toman conciencia que cuando en su trayectoria de vida, como enfermos que recidivan con cuadros de alza de presión, accidentes vasculares, crisis hipertensivas a repetición recién; aceptan la cronicidad de la enfermedad con sus consecuencias de destrucción de pérdida del valor de la salud, así este universo cultural intenta tomar energía y fortaleza y luchar para vencer a la enfermedad, recuperando su bienestar en función de sus vínculos y roles familiares que desempeñan en su comunidad.

CONSIDERACIONES FINALES

Creemos importante mencionar que luego de completar el proceso de investigación para este universo cultural, podemos darnos cuenta de la realidad que viven estos pacientes y su familia, sus creencias, costumbres, estilos de vida, su relación con la enfermedad, sus necesidades respecto al cuidado y la atención, y quizás lo más importante, los sentimientos y formas de pensar como personas, miembros de una familia y comunidad.

Es así como percibimos que este grupo de pacientes hipertensos luchadores, desea recuperar el poder y la habilidad para comprometerse en su autocuidado y lograr el bienestar deseado. Estas capacidades del individuo para comprometerse por sí mismo se encuentran condicionadas por la edad, estado de desarrollo, experiencia de vida, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles (Orem, 1993), como también el apoyo de la familia. En este sentido pensamos que uno de los mayores recursos de la clientela no sólo se encuentra en sus propias fortalezas, sino también en las de la enfermera, en el médico, en los amigos, en la familia y todos los que se preocupan con su bienestar. Para favorecer un relacionamiento más amplio en los cuidados de enfermería y la salud, los profesionales y los pacientes deben estar dispuestos a abandonar algunas de sus actitudes y creencias y la familia ayuda a crear un ambiente favorable para el desarrollo de potencialidades de autocuidado y adhesividad al control.

Creemos importante destacar que de acuerdo a lo señalado por los pacientes, la enfermera debe tener un papel de mayor visibilidad y comprender la visión del paciente con un enfoque holístico dejando de lado el enfoque biomédico, que muchas veces los profesionales enfatizan en el programa de atención del adulto mayor. Además no perder de vista la visión de familia, sus posibilidades y potencial para actuar favorablemente.

El conocimiento obtenido por la enfermera a través de un diálogo empático con la clientela, libre de prejuicios, permitirá la familiarización con sus saberes y la posibilidad real de evaluar y obtener información sobre la estructura social, la familia y la visión de mundo de la cultura del cliente (Leininger, 1985).

Esta comunicación empática es vital para el desarrollo del proceso de comunicación cuando se tiene como objetivo ayudar a los pacientes. Hay por cierto la necesidad de que la enfermera posea un nivel de madurez que le permita experimentar la empatía sin comprometerse emocionalmente. Estos dos aspectos como lo indica Stefanelli (1993), empatía y compromiso emocional son fundamentales para que la enfermera comprenda el mundo del otro ofreciendo una asistencia individualizada, respetando sus creencias, valores, en

una palabra su cultura, considerando su contexto social y familiar.

ABSTRACT: The cultural universe of the people with high blood pressure attended in primary attention units is described. It's an ethnographic study accomplished on South Chile. Adults with clear consent participated of this study. Participative observation and ethnographic interview were used to get to data. The high blood pressure was defined by the people as a loss of welfare, influencing in many aspects of their lifes as the familiar and social web, with lack of autonomy and freedom. The cultural teme emerged as being "a total routine", perceived as destructive of themselves. Feelings of frustation, uncertainty and distrust were present. The consequences to the familyas well as it's importance to the treatment and recuperation of the patients were manifested during this trajectory. Emerged subsidies for changes on the current models of care, being required a coherent care with the cultural context with special attention to the good family functioning.

KEY WORDS: Primary health care; High blood pressure.

RESUMO: Descreve-se o universo cultural de pessoas com hipertensão arterial atendidas em unidades de atenção primária. Trata-se de um estudo etnográfico realizado na região sul do Chile. Participaram deste, adultos após a obtenção do consentimento esclarecido. Utilizou-se para a obtenção dos dados a observação participante e entrevista etnográfica. A hipertensão arterial foi caracterizada pelos informantes como perda do bem estar, influenciando em vários aspectos de suas vidas, como a rede familiar, a social com perda de automomia e liberdade. O tema cultural emergiu como sendo "uma rotina total", percebida como destruição de suas pessoas. Sentimentos de frustração, incerteza e desconfiança estiveram presentes. As implicações para a família, bem como a importância desta para o tratamento e recuperação do hipertenso foram manifestadas durante esta trajetória. Emergiram subsídios para mudanças nos atuais modelos de cuidado, sendo requerido um cuidado coerente com o contexto cultural, com atenção especial para o funcionamento familiar

PALAVRAS CHAVE: Cuidado primário em saúde; Hipertensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANGELO, M. Vivendo uma prova de fogo. São Paulo, 1989, 133p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
2. CHILE. Ministerio de Salud Situación de salud en Chile. Santiago: Minsal,1996.
3. LEININGER,M.M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.
4. MEAD, G.H. Mind, self and society, 18 th. Chicago: University, Chicago Press, 1972.
5. MUÑOZ G., L.A. Estudio etnográfico de la vivencia de ser diabético. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo.
6. MUÑOZ G., L.A. Investigación cualitativa sobre el fenómeno situado. Santiago: Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile, 1997.
7. MUÑOZ G., L.A. Antecedentes sobre la investigación cualitativa en enfermería. Revista Horizonte de Enfermería, Santiago, v.____ p.____, 1995.
8. MUÑOZ G., L. A. Ciclo de la violencia vivenciado por la mujer maltratada. Revista Ciencia y Enfermería, Santiago, v.____ p.____, 1995.
9. MARRINER, T. Modelos y teorías de enfermería. Indiana: 3.ed.
10. STEFANELLI, M. Comunicação com paciente:teoria e ensino, São Paulo: Robe, 1993.