

SABERES PREVIOS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN

PEDRO SILBERMAN, SANDRA RUGGERO, FERNANDO PERRUZA, SILVINA LÓPEZ, SERGIO POLLA, VICTORIA SPERONIA, FEDERICO BUGATTI, NATALIA PRINCIPE, GISELA URRAGA.

Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud «Leonor Capelli». Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

Objetivos: Conocer los saberes previos de la población sobre hipertensión arterial y creencias culturales en torno a la terapia antihipertensiva. Explorar los factores asociados a la adherencia terapéutica en la HTA y comparar saberes y valoraciones acerca de la hipertensión entre médicos y pacientes. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo (grupos focales) de adultos hipertensos y médicos del Centro de Atención Primaria. **Resultados:** La enfermedad del paciente no coincide plenamente con el concepto de enfermedad que tiene el médico. En el encuentro médico-paciente intervienen, ideas preestablecidas de ambos: lo que el médico espera de los pacientes en general y los que estos esperan de los médicos como categoría abstracta;

quizá estemos ante otro tipo de fenómeno, distintas que el fenómeno «enfermedad», que son «otra cosa». Por lo tanto, también sería «otra cosa», su tratamiento. **Conclusiones:** No hay una realidad llamada «hipertensión arterial» sino nociones y vivencias del fenómeno que se superponen e interactúan.

Palabras claves: hipertensión arterial, cuidados primarios, factores asociados.

ABSTRACT

Objectives: Get to know how much people know about high blood pressure and their cultural beliefs regarding the antihypertensive therapy. Explore those factors associated to therapy compliance in High Blood Pressure (HBP) and to compare the knowledge and assessment of

HBP among doctors and patients. **Materials and Methods:** qualitative study (focal groups) of hypertensive adults and doctors at one Primary Health Care Facility. **Results:** The patient's disease does not match the doctor's disease in full. In the doctor-patient meeting there are pre-established ideas in both parties: what the doctor expects from patients in general and what patients expect from doctors as an abstract category; perhaps we are faced with a different phenomenon, that differs from «disease», and that it is «another thing». Therefore, the treatment for it would also be «another thing». **Conclusions:** There is no reality called «hypertension» but notions and life experiences of the phenomenon that is supposed and that interacts.

Key words: high blood pressure, primary health care, associated factors

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) no reconocida ni tratada, repre-

Correspondencia:

Dr. Pedro Silberman.
Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud «Leonor Capelli».
Ingeniero White. (8000) Bahía Blanca.
E-mail: pedrosil2005@yahoo.com.ar

Recibido: Junio de 2006

Aceptado: Junio de 2006

senta un importante factor de riesgo de muerte y discapacidades prematuras. La prevalencia de HTA en Argentina ronda en un 26% para la población general, acercándose al 50% en la población adulta. Del total de hipertensos, sólo un 45% se trata, pero sólo un 23%, es decir un 13% de todos los hipertensos, se encuentran controlados (1).

La eficacia de los fármacos antihipertensivos se ha puesto de manifiesto en numerosos ensayos clínicos. Sin embargo, en la práctica, menos del 50% de los pacientes hipertensos tienen sus cifras de tensión arterial controladas. Trabajos realizados en España muestran cifras de incumplimiento que rondan en el 40 a 71%. En diferentes estudios se ha demostrado que solamente un tercio de los pacientes siempre toma la medicación, un tercio la toma a veces y un tercio nunca la toma (2,3). Todo ello sugiere que el grado de adhesión a las recomendaciones proporcionadas por los médicos debería ser mejorada. Esto nos lleva a indagar en las razones que llevan al incumplimiento del tratamiento.

Según diferentes trabajos la hipertensión no controlada puede estar relacionada con características del paciente tales como la edad (>65 años) el sexo (masculino), factores tales como la falta de motivación, falta de cuidado por sí mismo, dificultad para asumir la responsabilidad del tratamiento, creencias y prejuicios sobre la enfermedad; factores relacionados con la relación médico-paciente; factores relacionados con la enfermedad (el carácter asintomático de la misma, la evolución crónica y el riesgo continuo); factores rela-

cionados con el tratamiento (prolongado, complejo, efectos adversos, costoso); y factores relacionados con el entorno del paciente (medio social y sanitario)(4,5).

Tomando como punto de partida el alto número de pacientes con hipertensión no controlada, el propósito del presente trabajo es indagar en las razones de dicho fenómeno, intentando reconocer las importantes barreras que impiden la efectividad del tratamiento. Conocer y analizar dichas barreras como mecanismo de incorporar en el equipo de salud las perspectivas, expectativas e ideas de la población a la cual van dirigidas nuestras actuaciones. Indagar, describir e interpretar las menos conocidas de esas razones teniendo en cuenta al proceso salud-enfermedad-familia-medio ambiente como un todo (6).

La finalidad del trabajo es la de mejorar los conocimientos y actitudes sobre esta enfermedad tan prevalente, identificar barreras; promover conductas de autocuidado y crear un modelo culturalmente apropiado de promoción de la salud en la comunidad. Finalmente, en nuestro trabajo se pondrá especial énfasis en dos objetivos principales:

- Conocer los saberes previos de la población sobre hipertensión arterial y las creencias culturales en torno a la terapia antihipertensiva.
- Explorar los factores asociados a la adherencia terapéutica en la HTA.

MATERIALES Y METODOS

Diseño: Estudio cualitativo mediante la técnica del grupo

focal en el ámbito de un centro de atención primaria de salud (7,8). *Sujetos de estudio:* En el estudio participaron pacientes mayores de 18 años con tratamiento antihipertensivo de más de 3 meses de duración que fueron atendidos en los consultorios de Medicina Familiar del Hospital Menor de Ingeniero White y con problemas de adhesión al tratamiento, excluyendo a los que presenten problemas mentales o invalidantes. Los grupos estuvieron constituidos por 10 personas cada uno. Las preguntas fueron formuladas en forma de preguntas abiertas, las cuales permitieron obtener información en profundidad. El grupo focal fue conducido por un moderador al que le correspondió hacer las preguntas para que en el grupo participen todos a fin de expresar sus sentimientos, pareceres, opiniones sobre las cuestiones en estudio. El observador estuvo encargado de captar la información no verbal expresada por los participantes, ayudar al moderador a analizar los problemas en la forma de coordinar la sesión.

ANÁLISIS DEL INFORME

Grupo focal de pacientes hipertensos: En el momento del análisis de lo observado en la discusión de los grupos focales de pacientes hipertensos es necesario introducir algunas aclaraciones previas.

Además, es necesario introducir una primera caracterización social de los pacientes de los grupos focales, caracterización que en términos generales comparten con la población que recurre al Hospital. En su mayoría son personas de clase media

baja o pauperizada y clase baja. El nivel educativo cultural de los adultos es secundario. Los grupos son mixtos pero la mayoría son mujeres. Las edades oscilan entre los treinta y cinco y sesenta y cinco años. Estas características, definieron grupos socio-culturales homogéneos, lo que hizo que el diálogo entre ellos fuera fluido.

Introducidos en el tema, lo primero a destacar es la idea generalizada que asocia las Hipertensión Arterial con los estados emocionales y nerviosos. Existe una cierta asimilación entre las ideas de presión arterial y presión nerviosa, que muchas veces son usados casi como sinónimos. Esta asimilación pareciera responder al hecho de la experiencia, en el sentido de que los picos de tensión sufridos por los pacientes se corresponden con situaciones de estrés y crisis emocional. Son las mujeres las que relacionan en mayor medida la «presión» con las situaciones emocionales, más ligada a conflictos familiares que a una idea de nerviosismo por estrés. Sin embargo, reconocen en alguna medida que el problema de la hipertensión va más allá, y comentan que, aun estando bien (en el sentido de estar tranquilos) han tenido alta presión. Esto es lo que los lleva a calificar a la presión como «traicionera», en el sentido de que la misma tiene una lógica que no siempre les es fácil desentrañar. Esto nos lleva a analizar la «idea» que los propios pacientes tienen de la enfermedad. Lo interesante es que en casi ningún momento se refieren a la hipertensión como enfermedad o a ellos mismos como enfermos. La hipertensión es sentida como un estado o una

cualidad: tener hipertensión o ser hipertensos, pocos dicen que «sufren» hipertensión o están «enfermos de hipertensión». Esta cuestión puede relacionarse con varios factores. En primer lugar, con el hecho de que se trata de una enfermedad crónica, con la cual es necesario convivir y que no es percibida, desde el momento del diagnóstico como un incremento del dolor o del deterioro. La idea extendida de enfermedad es el estado que quita la salud temporariamente y se cura, o el que conduce a la muerte.

La hipertensión no sólo es asintomática, sino que es vivida como los pacientes como algo que otros detectaron. La mayoría no hace mención a una dolencia que los llevó a la consulta, sino al hecho de que la hipertensión les fue detectada por los médicos en una situación de cierta normalidad (por ejemplo, control de embarazo en las mujeres) o a raíz de otras cuestiones.

Es interesante el hecho que para la mayoría se trata de una enfermedad nueva, que antes no existía. Esto se relaciona, principalmente, con dos temas. Primero, pone de manifiesto la vivencia de los pacientes acerca del fenómeno de las enfermedades contemporáneas; es decir, existen enfermedades que pueden ser descritas como males de época: las enfermedades crónicas como la hipertensión y el cáncer son los males de nuestra época. Segundo, existe un sentimiento muy arraigado acerca de ese «antes»: antes, dicen, no tenían hipertensión, no sufrían el stress que sufren ahora porque antes estaban mejor. Hay una idealización del pasado, de la época cuando tenían trabajo y

estaban bien.

El deterioro de la situación social es relacionado constantemente con el deterioro de su situación personal y la consecuente crisis nerviosa y/o afectiva. Lo cual, volviendo al principio, contribuye a la idea de que antes no tenían presión nerviosa y por tanto, no tenían presión arterial. Antes, también, eran jóvenes; es decir, muchos de los pacientes viven la hipertensión, como uno más de los «achaques de la edad».

Otro tópico a destacar, es el relativo a las diferencias de género en la vivencia de la hipertensión. Por lo visto en el desarrollo del grupo focal, podemos inferir que la mujer se reconoce más como «hipertensa», se identifica más con el «rol de enfermo» por lo que demanda más cuidados ante su familia. Las mujeres hablaron más de la hipertensión pero como un dato más de sus experiencias vitales; en cambio, en los hombres estaba más presente la cuestión de la debilidad, la hipertensión como un problema que reduce sus capacidades, lo que deja explícita la diferencia en la relación con sus propios cuerpos y organismos. La mujer se cuida en su dieta y puede éste ser un dato más de coquetería; la mujer asiste al hospital a los controles como va al ginecólogo; es decir, ninguno de los aspectos altera demasiado cierta «normalidad». En cambio, pareciera no ser muy de hombre «comer el churrasquito sin sal». Otra diferencia, está dada por los factores a los que se atribuye la presión alta. Así como las mujeres daban igual importancia a la dieta como a las situaciones de estrés, los hombres la asociaban mucho más a esto último.

Respecto al tratamiento es destacable el hecho que en casi todos los casos tenían un amplio conocimiento de «lo que hay que hacer» para controlar la Hipertensión.

Sin embargo, existe cierto divorcio entre ese saber y las prácticas concretas llevadas a cabo para controlar la enfermedad. Este divorcio no es producto de una falta de voluntad por parte de los pacientes sino de ciertas dificultades fácticas. Por ejemplo, todos acuerdan en que la dieta es un tema importante, saben qué comidas son malas y deben evitar. Pero el tema es que justamente las comidas que el médico les «prohibió» son aquellas que forman principalmente su dieta. «Tuve que suprimir todo, sal, vino, picante, milanesa, tuco, pizza...». Los sectores populares no tiene arraigada la costumbre de comer vegetales y frutas; muchas veces no saben cómo se preparan o no tienen la infraestructura para hacerlo adecuadamente.

Otra cuestión relacionada con esto, es el hecho de que cuando preparan una comida, lo hacen para todo el grupo familiar, lo cual complica el cumplimiento de la dieta. Es costoso y difícil cocinar para ellos un plato aparte. Lo cual nos introduce en el tema del apoyo familiar para el tratamiento, esencial cuando éste consiste en cambiar hábitos de vida instalados en la familia. Todo esto se ve potenciado por el hecho de que la hipertensión es una enfermedad crónica, y dichas modificaciones de los hábitos deberían ser de por vida.

Relacionado con la dieta, hay un dato mucho más sutil pero no menos trascendente. En los sectores populares, carenciados

o pauperizados, son muy pocos los «gustos» que la gente se puede dar. A veces, el permitirse una buena comida, un asado por ejemplo, es uno de los pocos placeres de la vida y aquello que permite y justifica seguir. Quitar de la dieta esta posibilidad es mucho más, a nivel significativo, que quitar sólo un alimento.

Respecto al deporte, las opiniones están más divididas. Algunos sostienen que es importante tener actividad física y otros piensan que dicha actividad les aumenta la presión arterial. Aquí existe otra asimilación, ya que asocian la agitación, con la taquicardia y la presión alta. Más allá de esta vivencia, argumentan a favor de cierta actividad física, más que nada aduciendo que "lo dijo el doctor".

Respecto a los medicamentos, está claro que los toman sólo si el hospital o el médico se los provee ya que en general no pueden permitirse la compra del mismo. Reconocen que cumpliendo los consejos del médico y tomando la medicación, la presión arterial queda controlada, pero no se cura, ellos siguen siendo hipertensos. Esto provoca una relativización de la efectividad del tratamiento; el tratamiento y la enfermedad son percibidas como la misma cosa, ya que a veces lo que realmente se sufre es el tratamiento mismo. Éste es vivenciado como una lucha, parte de la lucha de todos los días, y ganar en esa lucha es fruto del esfuerzo de ellos mismos y no del medicamento o la dieta.

Un aspecto llamativo fue que nadie hablara del alcoholismo o del tabaquismo para relacionarlos con la hipertensión. Cuando relacionaban ésta última con un

ritmo de vida malo, hacían mayormente referencia al estrés, la incertidumbre laboral, la inseguridad, etc, que a los hábitos de fumar o tomar alcohol.

Cuando se les preguntó acerca de otros tipos de terapias o tratamientos alternativos (no provenientes de la medicina hegemónica) las respuestas fueron, escasas y tímidas. Algunos conocían ciertos tratamientos, como el té de alpiste, la oliva, el té y las pastillas de ajo, pero ninguno dijo haberlos probado, aunque no descartaron la posibilidad de hacerlo. Sin embargo, la mayoría coincidió en que preferían tratarse con un médico. La explicación es que cuando el hipertenso tiene un pico de presión, se asusta y por eso va al hospital. Esto nos hace pensar que ante dolencias o problemas que no asustan, que no se perciben como graves, la gente no tiene problema en acercarse a otros tipos de tratamientos, etc. Sin embargo, cuando lo que sienten (síntoma, dolor, etc) les provoca miedo, no dudan en recurrir a un médico.

Otra cuestión que debe influir es el hecho de que la hipertensión, como planteamos más arriba, es una enfermedad «nueva», por lo que la medicina popular más tradicional no tiene preparadas respuestas o las mismas no están arraigadas en la gente como sí sucede con otras enfermedades o dolencias.

CONCLUSIONES

Lo importante es rescatar la idea de que nociones y prejuicios acerca de la enfermedad. Es decir, no hay una realidad llamada «hipertensión arterial» sino nociones y vivencias del fenómeno

que se superponen e interactúan.

Convivir con la enfermedad hace que el paciente adquiera cierta reflexividad acerca de la misma, cosa que no sucede con otras enfermedades. Hay un aspecto reflexivo y otro emotivo, dos elementos que intervienen como variables importantes en la comunicación entre médico y paciente.

Todo esto conduce a analizar qué es lo que cada parte de la relación espera de la otra. Y aquí encontramos una dificultad, ya que el hecho que la Hipertensión sea una enfermedad crónica, es decir que no se cure, hace que se vean alteradas las «típicas» expectativas de uno y otro.

A modo de conclusión, podemos afirmar que las distintas dimensiones que hemos tocado acerca de la hipertensión nos hacen pensar que en ella, como en otras enfermedades crónicas, quizá estemos ante otro tipo de fenómeno; es decir, que las enfermedades crónicas son quizá, gnoseológicamente distintas que el fenómeno «enfermedad», que son «otra cosa». Por lo tanto, también es «otra cosa», cualitativamente diferente, su tratamiento.

La propuesta es empezar a pensar en estos términos, indagar y probar la validez de esta propuesta que implica una redefinición de los conceptos y la práctica. Quizá, la adherencia terapéutica cambie al cambiar la conceptualización. Abordar la enfermedad crónica no ya como un problema exclusivo de la medicina. Lo que nos lleva a plantear como mecanismo probable el abordaje transdisciplinario de, en este caso, la hipertensión.

BIBLIOGRAFIA

1. Linenberg AL, Schindler B, Galarza CR. «¿Porqué no están bien tratados los pacientes hipertensos». *Revista Argentina de Medicina* 1998;1:23-31.
2. Knight EL; Bohn RL; Wang PS, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Predictors of Uncontrolled Hypertension in Ambulatory Patients». *Hypertension* 2001; 38:809-14.
3. Imán D, Pavlik VN. «Characteristic of Patients with uncontrolled hypertension in the United States». *N Engl J Med* 2001; 345:479-86.
4. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between participants. *Sociol Health Illness*. 1994;16:103-21.
5. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey A. Inadequate Management of blood pressure in a Hypertensive Population. *New E J Med* 1963; 339:1957-63.
6. Conrad, P. On the medicalisation of deviance and social control. In D. Ingleby (ed.), *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health* 1980;102-119. New York: Pantheon.
7. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302.
8. García Calvente MM, Rodríguez Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria* 2000; 25:181-6.