

Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad

Mónica Margarita Barón C.* , Mercy Soto Ch.** , Natalia Tobo M.***

Resumen

Objetivo: Se identificó el significado de la hipertensión arterial como experiencia vivida por un grupo de mujeres adultas mayores, no adherentes al tratamiento. **Metodología:** Estudio fenomenológico en la perspectiva de Merleau Ponty. Se entrevistaron seis mujeres hasta la saturación de categorías, que aceptaron voluntariamente participar, firmando acta de consentimiento informado. A cada persona se le realizaron tres entrevistas a profundidad en el domicilio. En el análisis se utilizó el método de Patricia Benner. **Resultados.** Emergieron dos áreas temáticas que permitieron comprender el fenómeno. Vivir con la hipertensión significa vivir con una enfermedad silenciosa pero de graves consecuencias en un medio social que puede ser coadyuvante o limitante para el cuidado de la salud. La enfermedad sólo generó angustia y respuestas de cuidado, cuando se presentó incapacidad. El medio social se mostró indiferente, y generador de sobrecarga, compensado por el apoyo de vecinos y amigos. Las largas esperas, alejaron a las mujeres de la institución de salud. Los hallazgos expresan la desatención a la fase inicial de la enfermedad, las dificultades familiares para apoyar la adherencia al tratamiento y la ineficacia de los servicios de salud en el seguimiento y rehabilitación. **Conclusiones.** Vivir con hipertensión arterial, para la mujer adulta mayor, es una experiencia de inicio silente, que se manifiesta con complicaciones, en un medio familiar y social que dificulta asumir el tratamiento. Se recomienda trascender del curar al cuidar cada situación personal inmersa en su medio social.

Palabras clave: adulto mayor, salud de la mujer, hipertensión arterial, enfermería, fenomenología, acontecimientos que cambian la vida

Artículo recibido: diciembre 16 de 2011 **Aprobado:** febrero 29 de 2012

Experience of arterial hypertension in elderly women: a quiet and experience loneliness

Abstract

Objective: to identify the significance of arterial hypertension as experience of a group of elderly women, non-adherent to treatment. **Methodology:** phenomenological study in the perspective of Merleau Ponty. Six volunteered women were interviewed until saturation of categories to participate signed written consent form. Each person was interviewed for three in-depth interviews conducted at home. The analysis used was the method of Patricia Benner. **Results:** two thematic areas emerged that allowed to understand the phenomenon. Living with hypertension means living with a several but silent disease in a social environment that may be reinforcing or limiting health care. The disease only caused distress and care responses, when filed disability was present. The social environment was indifferent, and overload generator, offset by the support of neighbors and friends. Long waits, withdrew women in the health institution. The findings express the neglect of the initial phase of illness, family difficulties to support adherence to treatment and the inadequacy of health services in monitoring and rehabilitation. **Conclusion:** Living with high blood pressure for elderly women is a silent startup experience, which manifesting with complications in a family and social environment that makes it difficult to follow up the treatment. The recommendation is to beyond from cure to care the personal situation immersed in their social environment.

Keywords: aged, elderly women's health, arterial hypertension, nursing, phenomenology, life-changing events

* Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado del adulto mayor. Profesora Titular, Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina. Correo electrónico: momabaca35@hotmail.com.

** Enfermera, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado del adulto mayor. Directora Académica, Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la salud, Universidad Libre de Pereira. Correo electrónico: mercysotochaquir@hotmail.com.

*** Profesora Titular de la Escuela de Enfermería, Facultad de Salud de la Universidad del Valle, Cali -Colombia. Especialista en Enfermería Cardiorespiratoria, Magister en Enfermería para del cuidado del Adulto y el Anciano. Maestría Psicología Evolutiva y de la Educación y PhD en Psicología del aprendizaje humano. Correo electrónico: natalia.tobo@correounivalle.edu.co.

Introducción

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles afecta a la población mundial en forma alarmante;¹ la hipertensión arterial señala la necesidad de nuevas y mejores intervenciones que conduzcan a promover y conservar la salud de las personas.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2003, identificó 700 millones de personas en todo el mundo con cifras tensionales altas, o sea, alrededor del 15% de la población mundial diagnosticada como hipertensa, cerca del 30% de la misma padece esta enfermedad sin saberlo.³ Para el año 2005, la misma OMS manifestó que tres factores de riesgo de enfermedades crónicas: el consumo de tabaco, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, figuran entre las diez causas principales de enfermedad en todas las regiones.⁴ La hipertensión arterial afecta principalmente a personas mayores de 45 años y el riesgo se incrementa con la edad, en la mujer mayor de 50 años supera la prevalencia respecto a los hombres.⁵ En el 2008, para Colombia, la prevalencia de la hipertensión arterial en la población mayor de 15 años fue de 12,6%.⁶

Entre las barreras más importantes para la prevención y la detección oportuna de la hipertensión arterial están el desconocimiento de los factores de riesgo y su curso asintomático inicial. En Argentina alrededor del 50% de las mujeres de la tercera edad que tuvieron alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, los desconocían, evidenciando una falla en el área de prevención cardiovascular en los sistemas de salud.⁷ Se calcula que unos 20 millones de personas que tienen hipertensión arterial en los Estados Unidos son ajenas a la peligrosa disfunción que sufren.¹

Una vez diagnosticada la hipertensión arterial, el cuidado se convierte en el aspecto más importante para evitar

las complicaciones. Entre las medidas de cuidado se destacan: prescripción farmacológica, asistencia a controles, recomendaciones impartidas por el equipo de salud respecto a modificaciones en el estilo de vida tales como una rutina de ejercicios físicos, control de sobrepeso, control del estrés y modificación de hábitos alimenticios,⁸ cuyo incumplimiento genera alto riesgo de complicaciones cardio-cerebro-pulmonares y renales, deteriora la calidad de vida de forma integral y lleva incluso a la muerte.^{9, 10, 11}

La vivencia de la hipertensión arterial en mujeres mayores no adherentes al tratamiento, se revela aquí como un fenómeno a ser explorado. Para su comprensión se acude al pensamiento de Merlau Pont¹² quien a través de la fenomenología de la percepción, muestra el camino para comprender al ser humano situado en el mundo de la vida, como un ser que se expresa a través de un cuerpo, que se revela en su totalidad y en su unicidad, de sus anhelos, expectativas, angustias, preocupaciones y limitaciones. Un cuerpo que expresa una vida plena de significados. Aquí se busca dar sentido a una vida de una mujer adulta dentro de una connotación social y cultural, entendiendo la cultura como la red o trama de *sentidos* con que se da significado a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana.¹³ En la cultura latinoamericana, hablar de la salud de las mujeres es hablar del cuerpo de la mujer, un cuerpo con tabúes, simbolizado y significado con valores que las alejan de él, un cuerpo ajeno al autoconocimiento, que encierra una vida plena de vitalidad, de fortaleza interior.

Esta relación de la mujer con su cuerpo tiene que ver directamente con el cómo las mujeres se ubican en sus espacios inmediatos de interacción social, con una historia particular, con la vivencia de su ser y su enfermedad, cargando con una herencia cultural e histórica.¹⁴ La maternidad forma

parte del conocimiento tradicional, con respecto al cómo debe pensar una mujer, cómo debe actuar y cuáles deben ser sus preocupaciones y ocupaciones.¹⁵ Bajo estas consideraciones, la mujer crea una conciencia de vida, de cuerpo, de trabajo y de cuidado ya para sí misma, o para el otro y se aprecia y califica, en función de su capacidad de ser coherente consigo misma, con su propia razón de existir.¹⁶

El interactuar con la mujer adulta hipertensa y acercarse a su experiencia de salud, es identificarse con una forma de conocer emociones, temores, imaginarios, visiones de su mundo; es retomar la salud como un valor, desde el sentir propio y la experiencia particular, y no asumirlo únicamente como un referente social de bienestar individual o colectivo. Como respuesta a la necesidad de encontrar elementos que permitan comprender los factores que intervienen en la vida de las mujeres no adherentes a su tratamiento y autocuidado general, apoyar los procesos de tratamiento y rehabilitación y ofrecer un cuidado integral a las mujeres adultas mayores con hipertensión arterial, se profundiza en el análisis de la situación vivida por ellas, partiendo de los significados que ellas mismas le imprimen a su experiencia.

Metodología

Estudio cualitativo abordado con fenomenología interpretativa, en la perspectiva de Merleau Pontí.¹⁷ Las participantes cumplieron como criterios de inclusión: sexo femenino, mayores de 50 años, diagnóstico médico de hipertensión arterial, poseer condiciones físicas y mentales para responder a las entrevistas, aceptar participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado. Las participantes fueron seleccionadas del listado de personas no adherentes al tratamiento, de un programa de hipertensión de una institución de primer nivel de atención y contactadas telefónicamente se les solicitó autorización

para ser visitadas en su domicilio, donde se explicó el objetivo del estudio.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio de cada participante, fueron grabadas en audio casetes y transcritas textualmente por las investigadoras. Adicionalmente, se analizaron notas observacionales, metodológicas y analíticas registradas por las investigadoras durante las entrevistas.¹⁸

Se realizó muestreo teórico, la saturación de los datos permitió la participación de seis mujeres, a cada una se le realizó tres entrevistas en profundidad. Las preguntas orientadoras fueron: *¿Qué significa para Usted ser hipertensa?* y *¿cómo percibe el medio social frente a su situación de salud?* El análisis de los datos se hizo siguiendo los postulados de la fenomenología interpretativa descritos por Patricia Benner; este proceso involucra el análisis, la síntesis, el criticismo y la comprensión, como habilidades que permiten articular el significado del texto y generar comentarios interpretativos.¹⁹ En el rigor metodológico se tuvieron en cuenta los criterios de coherencia, credibilidad, aplicabilidad, transferibilidad y auditabilidad, descritos por Denisse Polit.²⁰ Dos investigadores expertos participaron en la triangulación del análisis de los datos.

Resultados

Participaron seis mujeres de edades entre 55 y 70 años; cinco eran madres cabezas de hogar sin pareja y una vivía con su pareja. En promedio tenían 3 hijos y todas convivían con familiares. Gran parte de los hijos eran mayores de edad que habían formado sus propios hogares y acompañaban a sus madres de manera temporal o permanente. Todas procedían de estrato socioeconómico bajo, tenían nivel primario de escolaridad. Sólo dos participantes tenían vivienda propia; las demás, pagaban arriendo o vivían en casa de sus hijos de quienes dependían económicamente.

De las voces de las entrevistadas surgieron dos grandes temas: el significado de vivir con una enfermedad silenciosa pero de graves consecuencias y el medio social como coadyuvante o limitante para el cuidado de la salud. A continuación se presenta una descripción de estos dos temas con los subtemas que le constituyeron.

Vivir con una enfermedad silenciosa pero de graves consecuencias

Seguir viviendo sin reconocer la enfermedad

El significado de vivir como hipertensas se enmarcó en un continuum de lo invisible a lo visible, las mujeres se enfrentaron a un enemigo que inicialmente no se manifestó, no les causó limitaciones para las actividades de la vida diaria, ni deterioró su capacidad de desempeño; esto les permitió seguir *viviendo sin reconocer la enfermedad*.

“...como nada me dolía, de vez en cuando me dolía la cabeza y me tomaba un ibuprofeno y ya se me pasaba... “... La verdad, durante todo este tiempo no asistí a los controles ni tome pastas porque como no sentía nada, no me dolía nada....no volví al médico porque como nada sentía”

El enemigo silencioso que come por dentro, conduce a dejar de ser lo que habían sido alguna vez

La anterior situación persiste hasta el momento en que se desarrollan las complicaciones de la hipertensión, evento que les condujo al reconocimiento de la hipertensión arterial y del riesgo que ella representaba para su salud. Es por ese deterioro de la salud no esperado, que las mujeres experimentan la hipertensión como *“el enemigo silencioso que come por dentro”*. La posibilidad de sufrir complicaciones como el accidente cardiovascular, el infarto

o isquemia miocárdica, era un riesgo que desconocían. Una mujer que sufrió un accidente cerebro-vascular por una crisis hipertensiva, comenta:

“... Como esa es una enfermedad silenciosa, es callada, esta come por dentro, esa no brota, brota cuando ya está pa’ morirse uno...porque como yo, vea, le dan borracheras, se está cayendo, y vea que se cayó y se cayó de verdad”

Con las complicaciones, o por el desarrollo de un estadio más alto de la hipertensión, llega el deterioro de sus capacidades físicas y el menoscabo de su capacidad productiva, viéndose obligadas a dejar su actividad laboral o de las que dependía su sostenimiento económico y el de su familia; también se alejan de las actividades recreativas y sociales. Lo anterior conlleva valoraciones de pérdidas físicas, afectivas y sociales y conduce a experimentar tristeza por su situación. De ahí surge el significado de la vivencia *dejar de ser lo que había sido alguna vez*. Esto es lo que manifestó una participante acerca del cambio en su vida:

“se me olvida todo, se me quema el arroz...yo siento tristeza porque mi vida ha cambiado mucho por esta enfermedad... esta enfermedad me cambió la vida”

Estas manifestaciones revelan la interferencia que la enfermedad produce en las actividades de la vida cotidiana de las participantes y su impacto negativo en el campo emocional de estas mujeres.

Un medio social experimentado como limitante o coadyuvante para el cuidado de la salud

De lo que experimentaron en la interacción con sus familiares, amigos y la institución de salud, aparece un medio social como *limitante o coadyuvante para el cuidado de la salud*.

El rol social exigido y asumido por ser mujer, se antepone al cuidado de la salud

En la dinámica familiar, tanto desde la mujer con hipertensión como desde los integrantes de su núcleo familiar, se asume el rol de la mujer con una connotación *de cuidadora, lo que se antepuso al cuidado de su salud*. En respuesta a esa condición social, predominó su compromiso como cuidadora para dar respuesta a la demanda de sus seres queridos de ser atendidos y cuidados. La anterior condición les *generó tensión y sobrecarga y aportó al deterioro progresivo de la salud, pues adicionalmente ocasionó la inasistencia a controles médicos y el abandono del tratamiento y les limitó en su interacción social.*

“...yo dejo de ir a los controles, de salir con la vecina a caminar, porque...es que es más importante los deberes de la casa, que hay que lavar, planchar, que la casa esté presentable y cuidar a mi nieto.”

“...a mí no me gusta molestar a nadie, por eso es que a veces a uno le provoca es morir. ... ese hijo se me ha convertido en una pesadilla.... no me ayuda ni me da moral para nada.... A él no le interesa si no que yo le cuide al hijo y le haga el oficio de la casa, y nada más.... Me deprimo, me pongo a llorar porque me siento un estorbo en mi propia casa;... esta situación me pone muy triste y ahí es donde se olvidan las pastas y me pongo que no me provoca hacer nada, mejor morirme.”

El estar enferma, les exigía cuidados especiales, cambios en la rutina, asistencia a controles y medicación, nuevas formas de interactuar con su medio social y de percibir su realidad. Con el paso de los años, por un autocuidado deficiente de su problema de salud y la forma de interacción con el medio, aparecen las complicaciones de la HTA. En consecuencia, las mujeres se enfrentaron a cambios en su rol

social y familiar. Por la percepción del agotamiento de su energía, no se sintieron con las condiciones físicas para brindar cuidado; por el contrario, se encontraron necesitadas del cuidado de su familia, el que muchas veces no fue recibido. Frente a esta realidad experimentan un conflicto interno, con sentimientos de tristeza y culpa. En algunos casos, su situación les permitió continuar como eje central del funcionamiento familiar y sentirse útiles.

“...me siento muy incómoda, pues yo estoy muy bien aquí donde mi hija, pero hay veces que me da como pena de estarle pidiendo a la hija porque uno ya tan enfermo...pues nadie le da trabajo y mi hija también tiene sus obligaciones”

Vecinos y amigos, un alivio en la dificultad

Ante la falta de apoyo familiar, algunas mujeres encontraron refugio y la ayuda que necesitaban en sus vecinos y amigos, que se constituyeron en un alivio en la dificultad y un recurso importante para atender a su enfermedad. Los vecinos jugaron un papel significativo, el apoyo social que recibieron de ellos condujo a las mujeres adultas mayores en su condición de hipertensas, a sentir que eran amadas, queridas, importantes en la vida de alguien.

“... mire usted que es mi vecina la que me acompaña a los controles, ella es la que un día de madre siempre tiene un detalle conmigo, porque mi hijo nunca se acuerda, si no fuera por ella que me acompaña a todas las citas médicas y mantiene pendiente de mí yo ya me hubiera muerto, ella es como una hija, ... es muy buena conmigo, detallista y es la que está siempre dándome ánimo cuando amanezco triste y aburrida”

“...gracias a Dios tengo a mi vecina que me conoce ya varios años y ella es la que me ha dado la mano cuando la necesito, dice otra participante.”

Entre amabilidad, largas esperas y desinformación

Aunque experimentaron un trato amable por parte de médicos y enfermeras, las instituciones de salud fueron percibidas como contextos que dificultaron o limitaron un oportuno y adecuado autocuidado; el grupo de mujeres vivencia la interacción con la institución, entre amabilidad, largas esperas y desinformación.

Las normas institucionales exigieron de las participantes madrugar para solicitar la cita de control médico, lo que fue considerado como un factor de preocupación, por las condiciones de inseguridad alrededor de sus residencias situación que ponía en riesgo su integridad física.

“... pero vea que problema, las citas siempre las dan para por la mañana y uno tiene que madrugar mucho y todo este barrio (sector de la Ciudad) es muy peligroso...entonces nooo yo mejor me quedo en la casa”

Aunada a la anterior situación, experimentaron incomodidad generada por los prolongados tiempos de espera, circunstancia que también dificultó la asistencia de las participantes a sus controles regulares.

“.....yo tenía mis controles muy al orden del día pero no he vuelto porque es muy aburrido eso de que lo mandan a uno a facturar allí y le toca a uno hacer una cola de veinte metros y llega uno a la ventanilla y que falta un papel y otra vez a hacer la cola por otros veinte metros o si no es que le dicen a uno siéntese allí y es uno espere que espere y nada entonces yo mejor me voy”

Los trámites administrativos, largas filas y demora para la atención les significaron interferencias en su actividad cotidiana, incumplimiento de compromisos

laborales, descuido de la familia. Como ama de casa, soporte económico familiar y cuidadoras, experimentaron conflicto entre la necesidad de atender a su familia, y su propio autocuidado por la hipertensión. La mayor parte de las veces optaron por atender los asuntos diferentes a su salud. Así expresaron las mujeres en relación a la interferencia de las instituciones de salud en su vida cotidiana:

- *“...Allá es muy demorado y aquí me necesitan sea por la mañana o sea al medio día, o sea tendría que ser que no me demoraran tanto porque toca volver a hacer la comida, porque se venden almuerzos, desayunos y comidas... o sea, si me voy a las siete de la mañana a las nueve o diez de la mañana tengo que estar aquí y allá no me despachan ligero, y ya a las doce no me alcanza el tiempo para estar aquí...”*

La comunicación con el personal de salud se mantuvo en muchas ocasiones en el marco de la amabilidad y cordialidad, como una condición reconfortante y de gratitud, pero en otras, de angustia, incomodidad, desmotivación y desinformación. Las anteriores circunstancias fueron fundamentales en la calidad del auto cuidado que asumieron y en la aparición de complicaciones de la hipertensión. Las mujeres identificaron que al momento del diagnóstico y en las fases iniciales de la enfermedad, no habían recibido información sobre su enfermedad y sus posibles complicaciones. Las participantes refirieron que la no identificación de algunos síntomas como parte de su enfermedad, fueron causa, entre otras, para el incumplimiento a las citas médicas y el abandono del tratamiento, con las posteriores complicaciones. Las manifestaciones de las participantes dejan entrever que cuando hubo alguna información sobre su tratamiento no fue transmitida con claridad y acorde a su nivel educativo y capacidades personales. Una de

las mujeres quien estuvo hospitalizada por un accidente cerebro vascular secundario a crisis hipertensiva, refiere.

“...el médico solo me dijo tiene la presión muy alta, que tenía que seguir asistiendo a los controles y estar pendiente de tomarme las pastas y me mandó verapamilo y no me dijo nada más...entonces yo nunca más volví”... La verdad durante diez años no asistí a los controles ni tomé pastas porque como no sentía nada, no me dolía nada”

Finalmente, a manera de síntesis, las mujeres adultas mayores con hipertensión arterial, entrevistadas para este estudio, mostraron condiciones personales, emocionales, culturales, económicas y sociales que establecieron situaciones y valoraciones de alta vulnerabilidad en las vivencias con su enfermedad. Entre ellos se pueden mencionar: vivir con una enfermedad crónica silenciosa que en algunos casos llegó a ser incapacitante, la connotación cultural de “ser mujer” con el estigma de cuidadora, la vivencia de menoscabo de su vitalidad, el estrés producto de la limitación para cumplir plenamente con el rol social asignado y asumido, y finalmente, su condición socioeconómica con un bajo poder adquisitivo, baja escolaridad y la infraestructura de su contexto, que dificulta su relación con el medio, en particular con la institución de salud. Aún así, algunas mujeres se mostraron resignadas y con deseos de continuar su vida, pero siempre esforzándose por satisfacer las necesidades de los otros, que se antepusieron al cuidado de su propia salud.

Discusión

Al expresar sus vivencias de la hipertensión arterial, las mujeres adultas orientan su discurso hacia dos momentos concretos que revelan la trascendencia que tiene el reconocer y asumir oportunamente la presencia de la enfermedad, como punto

de partida para el cuidado de la salud. De la ausencia de síntomas, una característica clínica del inicio de la hipertensión arterial que la ha llevado a ser denominada por varios autores como enfermedad silenciosa,²¹ pasa a serias manifestaciones clínicas, crisis hipertensivas y complicaciones inesperadas, que expresan la gravedad del problema. Como lo señala la literatura, la hipertensión, en sus inicios silenciosa, es una alteración lentamente progresiva que con el paso de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos,²² con la clara repercusión en la calidad de vida de la persona.

El menoscabo de la capacidad física, laboral y recreativa, contribuye a que las mujeres adultas perciban con claridad, aunque de manera tardía, las pérdidas ocasionadas por la hipertensión arterial y sus complicaciones. Rengifo y Henríquez²³ encuentran una relación estadísticamente significativa entre la experiencia de pérdidas físicas y la calidad de vida del adulto mayor, con lo que estos autores denominan la salud social; a su vez identifican, que con la ocurrencia de las pérdidas sociales, hay también una disminución en la salud física.

De acuerdo con el diagrama epigenético, Erickson atribuye una característica central básica y una crisis básica psicosocial dialéctica en las diferentes etapas de la vida. La crisis comprende el paso de un estadio a otro y la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (potencialidades o virtudes) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad). En cada etapa del ciclo vital existen expectativas en el desempeño social, con el cumplimiento de una serie de comportamientos y tareas.²⁴ En la situación de la mujer adulta que padece hipertensión arterial confluyen dos fenómenos simbióticos que se expresan en carencias que configuran el significado de la enfermedad como un dejar de ser lo que había sido alguna vez: por un lado se acrecienta su incapacidad física

y por el otro, se autocompadece. Acorde con lo expresado por Erickson,²⁴ vivir con hipertensión sitúa a la mujer en un momento inarmónico de su existencia; de forma progresiva se debilitan sus virtudes como fuerzas sincrónicas, al tiempo que se agudiza el descontento como fuerza distónica. Por otro lado, la vivencia de la enfermedad al ver menguada su capacidad vital, inclina en forma negativa la balanza a un “yo” que se rechaza y, desde la posibilidad de sobrevivencia como una manifestación de fuerza básica, a un menosprecio por sí misma. La labor del profesional de enfermería es entonces revivir la creatividad y explorar la sabiduría de la mujer adulta mayor, esa capacidad de juicio acumulada a lo largo de los años, que le permitirá una experiencia de vida más productiva, acorde a su nueva condición.

Para los profesionales de enfermería es fundamental comprender la situación de la mujer en el mundo en que transcurre su vida, como escenario de sus realizaciones y, a partir de allí, planear con ella cuidados coherentes y factibles de cumplir. En este sentido, el abordaje cultural de la concepción de “género”, permite explicar en parte la vivencia de estas mujeres, a través de dos significados, el *deber ser para otros* y el *estar* en este mundo como cuidadoras.

En Latinoamérica, la identidad de género asignada a la mujer adulta mayor tiene que ver con el *deber ser*. A ella se le dice cómo tiene que actuar, ser y pensar. Estas órdenes se cumplen a través de un cuerpo, que está en el centro de las definiciones sociales. En este proceso de reproducir la función social del género, las mujeres aprenden a ser madres, y este *ser* tiene sus raíces en la otredad. En este “*ser para otros*” la mujer encuentra su realización, pues a través de la cultura más que a ser mujer, es llamada a ser madre. Tiene además que ver con la autoidentidad, que es la forma en que la mujer se mira y se nombra, ya que,

tradicionalmente ser madre significa ser buena y ser santa.²⁵

La estructura económica, política y social ha definido por años el rol de la mujer en la sociedad y en la tradición cultural se ha reconocido a la mujer como cuidadora por antonomasia. El cuidado como actividad informal es realizado por las mujeres desde épocas milenarias, la primacía de las mujeres en el cuidado es evidente y llega a ser una característica que define su identidad; en su rol de cuidadora la mujer toma la responsabilidad de suplir las necesidades de esposo, hijos, adultos mayores, discapacitados y enfermos.²⁶ Esta es una realidad ampliamente evidenciada en este estudio.

Palma Campos¹⁴ en su estudio sobre la vivencia de la salud y el autocuidado, realizado con mujeres con *diabetes mellitus* e hipertensión concluye que las acciones de las mujeres con respecto a su salud son un fiel reflejo de la construcción social y cultural de su identidad. Tal como se evidenció en las entrevistas aquí analizadas, el espacio a través del cual se gesta la cultura es el cuerpo: un cuerpo femenino que se especializa para dedicar tiempo, cuidado y protección a las personas que pertenecen a su entorno, un cuerpo que sufre cambios que deterioran su bienestar. Esta es una connotación de la mujer no como un ser con sus propias necesidades, sentimientos, proyecciones y expectativas, sino como un cuerpo que actúa para atender a otro.

La situación de enfermedad crónica se relaciona directamente con la capacidad de la mujer para su autocuidado. Con el paso del tiempo, por aumento de la edad y el curso de la hipertensión arterial, la mujer se aprecia incapaz de cuidarse a sí misma en su cotidianidad. Su nueva situación la coloca como madre enferma, pero con las mismas obligaciones-roles a los que está acostumbrada. Este conflicto de ser tildada como buena o mala madre, al verse

imposibilitada de cumplir sus funciones, le genera estrés y angustia; lo que se convierte en un riesgo adicional para la evolución de su enfermedad.

La difícil adaptación a un nuevo estilo de vida como consecuencia de la enfermedad, da cabida a un autoconcepto negativo: la mujer se autocompadece, ya no vale, ya no sirve pues no puede trabajar e, inclusive, ya no tiene sentido reclamar sus derechos pues no atiende sus deberes. Con esa realidad, es fundamental como punto de partida en el cuidado de enfermería, reconocer que el autoconcepto se aprende a través de las experiencias de la vida especialmente con las personas significativas, es organizado porque las personas se esfuerzan por comportarse en una forma coherente con su autoconcepto, y es dinámico porque se desarrolla y actualiza con las experiencias vividas día a día.²⁷ En ese sentido, trabajar con la familia y con la mujer que sufre de hipertensión, para que reconozcan el cambio que la enfermedad exige en el estilo y medio de vida y el que produce en la capacidad de desempeño en sus diversos roles; para crear nuevas formas de funcionamiento e interacción social dentro del núcleo familiar, que protejan la valía y autoconcepto de la mujer en su adultez y con hipertensión.

La visión holística del cuidado requiere de un espacio de interacción subjetiva, donde la mujer adulta hipertensa reciba un cuidado comprensivo, en el que a través del diálogo con la Enfermera y los seres queridos, pueda compartir su vivencia en todas las dimensiones y de esta forma se facilite la captación de sus necesidades y la definición de las opciones de cuidado que son factibles en cada situación específica, acorde a los valores, creencias y patrones culturales. Que como lo expresa Lenninger en su teoría del cuidado transcultural,²⁸ tienen una importancia trascendental cuando se procura fomentar comportamientos y estilos de vida saludables.

Se reveló en el estudio la importancia del aporte del equipo de salud, en el reconocimiento de la persona enferma como ser individual, único y específico con sus condiciones particulares de las cuales se supedita la posible autonomía y capacidad de autocuidado.²⁹ La actitud y asistencia amable, empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la oportunidad en la atención, la buena calidad de la comunicación y la interacción son atributos importantes de los profesionales de salud, determinantes para lograr un mayor y mejor autocuidado y adherencia de los pacientes a los tratamientos a largo plazo.³⁰ Complementariamente, la persona hipertensa y su familia requieren actuar como miembros activos en la relación de cuidado, estar involucrados y debidamente informados. La información por parte del equipo de salud, clara, suficiente, oportuna, ajustada a las necesidades, contribuye a una implicación activa del paciente y la familia en el tratamiento.³¹

La comprensión del fenómeno que envuelve a las mujeres adultas, inmersas en su medio social, que por diferentes circunstancias, incumplen las medidas de cuidado relacionadas con la hipertensión, son motivo de interés para la ciencia del cuidado. Independiente de la teoría²⁷ que se aborde para asumir la responsabilidad social de cuidar y aumentar la adherencia terapéutica.

Conclusiones y recomendaciones

Acercase al fenómeno del incumplimiento del tratamiento desde la experiencia de quien lo vive, permitió conocer con mayor profundidad los eventos y circunstancias que revisten mayor trascendencia en el cuidado de la salud de la mujer adulta afectada por la hipertensión arterial, muchas de las circunstancias fueron insospechados al plantear la investigación.

La característica silente de la hipertensión arterial es un elemento importante al

momento de promover el cuidado para la salud y en la recuperación de la mujer adulta mayor afectada, que requiere intervenciones en dirección a mejorar la comprensión de la enfermedad, el reconocimiento y aceptación de esta.

Vivir con la hipertensión arterial, para la mujer adulta mayor, en una experiencia de inicio silencioso, de desconocimiento de sus síntomas y riesgos, que condiciona la desatención de la enfermedad en su fase inicial, es una conjunción de circunstancia que favorece la no adherencia al tratamiento, la aparición de complicaciones y la incapacidad funcional. En tal situación se requiere fomentar la adaptación de la mujer adulta a su nueva situación, enseñarle a vivir con la enfermedad como primera meta de cuidado.

Se evidenció la construcción cultural de la identidad de género como un elemento vital en la decisión del autocuidado. La mujer se muestra como un "*ser para otros*" cuidadora por antonomasia. Su "*estar enferma*" es una seria limitante para el cumplimiento de su función social, ante lo cual el medio familiar y social se torna hostil; esto le causa estrés, baja autoestima y tristeza, que es aliviada en parte por sus vecinos y amigos. En este sentido, un cuidado coherente con la cultura debe propiciar la participación activa de la familia en la búsqueda de la adherencia al tratamiento.

Los Servicios de salud se revelan como ineficaces en el seguimiento y rehabilitación de la mujer adulta hipertensa, de allí que es necesario repensar en la responsabilidad que tiene el profesional de enfermería para garantizar que se cumpla a cabalidad lo establecido legalmente en lo referente al cuidado integral de las personas con hipertensión arterial.

La hipertensión, como entidad que se establece para larga duración y de condición incurable pero controlable,

trae implícita la necesidad de un enfoque multidimensional en el tratamiento oportuno, que evite las complicaciones atendiendo las particularidades de cada persona, como prácticas de auto cuidado y características de su medio social en el apoyo para la adherencia al tratamiento.

Referencias Bibliográficas

1. Chobanian A. et al. Hipertensión JNC 7 – complete versión. Dec 2003. Seventh report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Pressure [Internet]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/copiadeviiinc.pdf> Consultado 30/07/2008
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 00412 de 2000: Guía de atención de la Hipertensión Arterial
3. Rodríguez A, Marín D. Prevalencia de la hipertensión arterial sistólica aislada y factores de riesgo asociados en dos barrios del Municipio Independencia Estado Tachira. Rev haban cienc méd [Internet]. 2007 6(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200020&lng=es. Consultado: 19/04/2009
4. Organización Mundial de la Salud. Una nueva publicación de la OMS analiza los factores de riesgo para la salud. 6 de mayo de 2005. [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw04/es/> Consultado 10/03/2010
5. Riesgo cardiovascular asociado con menopausia a temprana edad. Journal of the American College of Cardiology 2006. Advance online publication. [Internet]. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno12206/Meno12206_Riesgo.htm Consultado 03/04/2011
6. Serpa F. Medicina y Humanidades. [Internet] Disponible en: http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/T/Tribuna101MyH_p39-42/Medicinayhumanidades.htm Consultado 30/07/2008
7. Nigro M. Evaluación de factores de riesgo cardiovascular en mujeres de la tercera edad Instituto del Corazón. Córdoba. Argentina. Rev. Fed. Arg. Cardio. 2005; 34: 358-365

8. Rosano M, Vitale C, Tulli A. Manejo del riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas. Traducido del inglés por Gómez G. Rev. Colombiana de Menopausia. 2007; 13(1):33-41
9. National Heart Lung and blood Institute. People Science Health. Información para profesionales. [Internet]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension>. Consultado 21/07/2008
10. Braunwald E, Harrison: Principios de Medicina Interna. Vol1. Capitulo 4. Tema 196. Enfermedades del Sistema Cardiovascular, 11 Edición. Bogotá: Interamericana. Mac Graw Hill. ps.1261-1268
11. Colunga C. Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial. En: Hipertensión arterial en la clínica. Universidad de Guadalajara: Departamento de ciencias médicas. [Internet]. Disponible en: <http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf> Consultado 23/09/2008
12. Ponty M. La fenomenología existencial [Internet] Disponible en: http://alejandria.nidaval.com/scripts/Editorial.dll?SE=2_1_0_T0_A288_35 Consultado 18/10/2010
13. Geertz C. La Interpretación de las culturas, Gedisa: México. 1987 p.51
14. Palma C. Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión, la vivencia de su salud, y el autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc [Internet]. 2001 [citado 2011 Abril 24] ; 9(2): 95-107. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000200009&lng=es
15. Basaglia F, Kanoussi D. Mujer, Locura y Sociedad. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 1985. p.180
16. Guilligan C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica 1ª. Edición 1985. p126
17. Solano MC. Fenomenología - hermenéutica y enfermería. Editorial Rev. Cultura de los cuidados. 2006; 10(19):5-6.
18. Carvalho A. Metodología da entrevista: Uma abordagem fenomenológica. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
19. Benner Associates. An Extended Statement on Narrative Accounts That Illustrate Nursing Practice. 1991. [Internet] Disponible en: <http://home.earthlink.net/~bennerassoc/further.html> Consultado 19/02/2010
20. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Cap. 17: Evaluación de datos cualitativos. 6ª Ed. México: McGraw-Hill 2000. ps 408-412
21. Iza- Stoll, A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. En: Simposio Hipertensión Arterial. Acta Médica Per. 2006; 23(2):93
22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la reforma de Salud. Guía de atención de la Hipertensión Arterial. SA. [Internet]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf> Consultado 29/03/2011
23. Rengifo J, Henríquez E. Las pérdidas en el adulto mayor y su calidad de vida. Revista electrónica de portales médicos.com. 28 Enero 2010; (5)2:24 (Internet) Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1985/1/Las-perdidas-en-el-adulto-mayor-y-su-calidad-de-vida.html>. Consultado 11/04/2011
24. Bordignon NA. Desarrollo psicosocial de Erick Erickson. El diagrama epigenético del adulto. Rev. Lasallista de Investigación. Julio-diciembre 2005; 2(2): 50-63.
25. Lagarde M. Identidad femenina. Material didáctico de la División de estudios de postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet]. Disponible en <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/antiores/20/04.pdf>. Consultado 20/05/2010
26. Canaval G. Salud de la mujer: Un desafío para el cuidado y un compromiso de todos. , Cali: Editorial Universidad del Valle. 2010, p. 230
27. Gutiérrez MC et al. Adaptación y cuidado en el ser humano: Una visión de enfermería. Bogotá: Ed. Manual Moderno S.A. Universidad de la Sabana. 2007, p. 227.
28. Leininger M, McFarland M. Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practice. Chapter 1. 3rd.ed. United States of América: McGrawHill Companies, Inc. 2002. p.12

29. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M. et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. [Internet]. dic. 2006, 5(3):535-548. Disponible en: [www<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009&lng=es&nrm=iso>](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009&lng=es&nrm=iso). ISSN 1657-9267. Consultado 09/08/2008.
30. Rodríguez A, Gómez A. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. Av en Enfermería. Universidad Nacional del Colombia; 2010. 28(1): 63-71.
31. Adams D, Verna F. Su seguridad es importante para nosotros. Educación al paciente Jackson Health System Enero 2004. [Internet]. Disponible en: www.um-jmh.org/body.cfm?id=8676 Consultado 10/03/2011