

# Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial

Yocelyn Price\*

Luz Angélica Muñoz\*\*

## RESUMEN

**E**l objetivo de la investigación es describir la vivencia del fenómeno salud-enfermedad en pacientes hipertensos con cifras tensionales normales, adscritos al programa de control de hipertensión arterial ofrecido por el hospital base de Valdivia (Chile), dentro del contexto cultural de dichos pacientes.

Como método de investigación se utilizó la trayectoria etnográfica de Spradley (1979-1980), que permite describir e interpretar el fenómeno de los pacientes hipertensos que han logrado el estado de normotensión en su contexto cultural.

Los pacientes perciben la Hipertensión Arterial como de aparición súbita y acompañada de síntomas y complicaciones que les causan gran dependencia y requieren atención médica de urgencia.

Para disfrutar del bienestar, nuestra personalidad percibe varias situaciones. Entre ellas se cuentan recuerdos de experiencias que suscitaron invalidez, complicaciones que requirieron atención médica de urgencia y causaron gran dependencia, adherencia a tratamiento farmacológico y régimen alimenticio. Todo eso, los pacientes investigados, lo complementan con el uso de plantas medicinales, práctica que han internalizado por medio de su contexto cultural y que es mediada por sus familias. Así, el autocuidado y el cuidado de la familia, les permiten mantener cifras tensionales normales y disfrutar de bienestar.

El logro del bienestar está dado por la utilización de los dos sistemas, que devienen complementarios, el rol de los profesionales y en especial, por las creencias en las dimensiones culturales antes mencionadas, lo que permite expresar a los usuarios que el bienestar adquirido "es una cuestión de fe".

### Palabras claves:

Hipertensión;  
Hipertensión Arterial

Recibido: noviembre 22/2002 - Aceptado: noviembre 28/2002

## Introducción

La Hipertensión Arterial ha sido definida por la OMS como "una enfermedad crónica, progresiva, caracterizada en los adultos por el alza de la tensión arterial sobre 140/190 mm de mercurio", y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, corresponde a las Enfermedades del Sistema Circulatorio, definidas como I10 y I15.

Esta enfermedad es reconocida como el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, tales como la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón.

Su prevalencia en Valdivia alcanza un 18% de la población, siendo el 47% de ella mayor de 65 años. Actualmente, el programa de Hipertensión en el Servicio de Salud de Valdivia, alcanza una cobertura del 55%. Es importante considerar además, que el porcentaje de inasistencia al programa alcanza el 21%, y que los pacientes pasivos, es decir, ausentes del programa por un tiempo mayor a 6 meses, es del 14%.

\* Enfermera, Licenciada en Enfermería, Prof. Escuela de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

\*\* Enfermera, Doctora en Enfermería, Magister en Salud Pública, Licenciada en Salud Pública, Directora Escuela de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

# Understanding the search for patients' well-being in a program of hypertension

Yoelyn Price\*

Luz Angélica Muñoz\*\*

## SUMMARY

**T**he objective of the research is to describe the living experience of the health-illness process in hypertensive patients with normal levels of blood pressure, ascribed to a control program for hypertension offered by the local hospital in Valdivia (Chile) and considers patients' cultural context.

The research method used is the ethnographic survey of Spradley (1979-1980), which allows description and interpretation of the hypertensive patients who reached normal levels of blood pressure in their cultural context.

Patients perceive hypertension as of sudden onset followed by symptoms and complications causing great dependency and requires immediate medical attention.

To enjoy the well-being she person perceives several situations, memories of experiences causing disability, complications leading to emergency care and created great dependency, adherence to a pharmacological treatment and a diet.

The investigated patients added to all these some medicinal plants, practice taken from the cultural context and encouraged by their families. Thus, the self care and the family care gives them the opportunity to maintain normal blood pressure levels and well-being. To reach it requires the utilization of two systems which are complementary, the role of the professionals and especially the mentioned cultural beliefs, leading users to affirm that to reach well-being is a "matter of faith".

### Key words:

Hypertension- arterial,  
hypertension.

En Chile, un 37% de la población desconoce su diagnóstico de Hipertensión Arterial. De quienes lo conocen, un 19% no son tratados y un 44% son tratados. De estos últimos sólo un 22% es controlado (OPS, 2000).

En Chile, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre 1990 y 1994, alcanzó el 208.5 para los hombres y el 165.5 para las mujeres por cada 100.000 habitantes (OPS, 2000). De acuerdo con la OPS, Chile es uno de los países con mejores índices de mortalidad, registrándose tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón del 101,1 en hombres y del 74,4 en mujeres por cada 100.000 habitantes, y tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular del 71,2 en hombres y 69,5 en mujeres, por cada 100.000 habitantes.

Por su magnitud actual y futura, la Hipertensión Arterial ha sido incluida en los problemas de salud prioritarios e incorporada a la estrategia de la atención primaria en salud, pues se ha transformado en un desafío y una necesidad porque muchos de sus diagnósticos se realizan de manera tardía. Actualmente, la Hipertensión Arterial constituye la primera causa de consulta en los centros de atención primaria del país.

De acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), cualquier acción para crear o revitalizar los programas de hipertensión arterial y sus factores de riesgo asociados, debe partir del reconocimiento del potencial que tienen los servicios de salud. En general, el personal de salud tiene conocimientos acerca de la hipertensión arterial, por lo que sus actividades deberían ser actualizadas y evaluadas como parte de su desempeño laboral. Por lo tanto, estas actividades no deberían ser percibidas como una demanda externa adicional. Esto justificaría las estrategias para aumentar la detección y mejorar el manejo de la hipertensión arterial.

En estudios anteriores conocimos la cosmovisión de los pacientes hipertensos con cifras tensionales elevadas, los cuales describieron su enfermedad como “una ruina total” porque les acarrea disminución de bienestar e interfiere e influye en diferentes aspectos de su vida y porque conlleva pérdidas afectivas y sociales. De esta manera, la enfermedad y sus complicaciones desde el punto de vista puramente físico, los esfuman.

Así, surgen interrogantes respecto a la vivencia de los pacientes hipertensos que han logrado normalizar sus cifras tensionales, y respecto a la manera como ella interfiere para que logren recuperar su estado de salud y mantener sus cifras tensionales en rangos aceptables. ¿Cuál es la vivencia de los pacientes a quienes se hace control de hipertensión en el policlínico de un hospital del sur de Chile? ¿Cuáles son sus creencias respecto del proceso salud-enfermedad que han vivido? ¿Cómo asumen estos pacientes la responsabilidad del cuidado y autocuidado de su salud? ¿Cuál es su percepción de la atención que se le brinda? ¿Cómo ha logrado este universo cultural mantener cifras tensionales normales?

## Objetivo

El objetivo del estudio es describir como vivencia, el fenómeno salud-enfermedad de un universo cultural de pacientes hipertensos con cifras tensionales normales, adscritos al Programa de Control de Hipertensión Arterial que es atendido en un Hospital Clínico del sur de Chile, dentro de su contexto cultural.

## Metodología

La metodología utilizada fue la investigación cualitativa de trayectoria etnográfica, utilizando la entrevista etnográfica y la observación participante. Los datos se analizaron según el referencial de Spradley<sup>1</sup>.

La etnografía consiste en un cuerpo de conocimientos, el cual incluye técnicas de investigación, teorías, descripciones culturales, que construyen una comprensión sistemática de las culturas humanas desde la perspectiva de quien las ha aprendido. Así, la etnografía se basa en la suposición de que “el conocimiento de todas las culturas es valioso”. De esta manera, el producto final de la etnografía es hacer una descripción verbal de las escenas culturales estudiadas<sup>2</sup>.

El principal instrumento para esta investigación fue el trabajo de campo, por medio de una convivencia asidua y una conversación amigable con los pacientes, dentro de las cuales se procedió a la presentación del estudio, a la explicación de sus objetivos y su utilidad. A los entrevistados se les garantizó el anonimato y la confidencialidad, y se procedió a obtener el consentimiento informado para la realización de la entrevista.

Se utilizó la Observación Participante, que permite observar las actividades de las personas, las características físicas de su situación social y la satisfacción de actuar en su escenario cultural. De esta forma, desde el principio se realizó la observación descriptiva, continuando con la observación focalizada y finalizando con la observación selectiva.

El principal instrumento para esta investigación fue el trabajo de campo, por medio de una convivencia asidua y una conversación amigable con los pacientes, dentro de las cuales se procedió a la presentación del estudio, a la explicación de sus objetivos y su utilidad.

En las entrevistas a profundidad, se puso cuidado en registrar las expresiones verbales de la clientela, estudiando posteriormente las explicaciones de esas expresiones, y comparando el significado obtenido con la comprensión que de ellas, tenían ellos. Se procuró no interferir en las informaciones obtenidas, para lo cual se evitó cualquier tipo de inducción a significados preestablecidos, con el fin de verificar, con los sujetos y profesionales que tienen mayor familiaridad con el universo semántico de la clientela, la validez de la comprensión captada. La saturación es entendida como la repetición constante de datos y la inexistencia de informaciones hasta entonces desconocidas.

Para el cotejo de los datos se realizó el análisis de dominios taxonómicos y de temas culturales<sup>3</sup>.

Se seleccionó un universo cultural de 15 adultos mayores, bajo control regular de Hipertensión Arterial por lo menos durante 3 años en el Policlínico de Medicina del Hospital, que cumpliera como mínimo con cifras tensionales entre 130-139/85-89 mm Hg. (OMS), y con deseo de participar en la investigación.

### Tema cultural central "es cuestión de fe"

La clientela que ha logrado recuperarse y mantenerse con cifras tensionales normales durante sus controles, describe una secuencia inicial de su vivencia como hipertenso, que coincide con aquellos pacientes que no han logrado normalizar su presión arterial.

La clientela percibe el inicio de la enfermedad como súbito, inesperado, con complicaciones o síntomas agudos que causan gran dependencia y exigen atención médica de urgencia.

Estos pacientes hablan de sentimientos de miedo frente al diagnóstico de la enfermedad y sus probables consecuencias; luego, cuando logran recuperar la salud, expresan pena por aquellos que no se encuentran bien y manifiestan impotencia por no poder contribuir a su recuperación.

Los pacientes que han logrado normalizar sus cifras tensionales, identifican elementos y actividades que les provocan pérdida de bienestar y alzas de su presión arterial, como son el incumplimiento de las indicaciones del médico, el abandono del régimen alimenticio, el no tomar los medicamentos y no asistir a los controles, entre otros. Así, los pacientes han adquirido la capacidad de reconocer signos y síntomas de alza de su presión, como el edema de extremidades y cefaleas e identifican las cifras tensionales que deben mantener para su bienestar, lo que les permite autorregular su cuidado. Los pacientes que se mantienen con cifras tensionales altas también identifican los mismos elementos que les provocan pérdida de bienestar<sup>4</sup>.

Desde esta perspectiva, Laplantine<sup>5</sup> construye modelos de enfermedad que no sustituyen la realidad empírica, pero ayudan a pensarla y a poner en evidencia lo que ella no dice. Los tres modelos con pares en oposición que discute, son el Ontológico/Relacional, el Aditivo/Sustractivo y el Exógeno/Endógeno. El modelo Ontológico/Relacional se muestra pertinente al discurso de nuestros pacientes, por cuanto considera la enfermedad más por el elemento



RENÉ MAGRITTE: (detalle) *Les îles du Japon*, 1942  
Óleo sobre lienzo, 60 x 80 cm  
Bruselas, Musée Royal des Beaux-Arts,  
obsequio de Mme Georgette Magritte

relacional o funcional, en términos de armonía o desequilibrio. Así, los pacientes perciben la enfermedad a causa de excesos en la alimentación y de malos hábitos.

Los pacientes normotensos perciben su condición de pacientes crónicos por medio de las prácticas utilizadas por los profesionales en los servicios de salud. El carnet de paciente crónico es un medio que le permite identificarse como tal, y en él aparecen registradas sus horas de control y el tratamiento que sigue. Sin duda, el tener este carnet le ayuda a distinguirse de pacientes ambulatorios no crónicos, lo cual es una deferencia en su favor. El carácter de paciente crónico le posibilita asistir a controles con médicos y otros profesionales como la enfermera, y contar con ciertos privilegios.

Un punto importante de este proceso es la educación, que se constituye en pilar fundamental de su tratamiento. Que se constituye además en momento y acción en los que la enfermera, junto con otros profesionales de la salud, cumple un rol indispensable, según lo establece la norma ministerial.

Esta intervención, que complementa el tratamiento médico, refuerza elementos positivos para los pacientes. Este universo cultural, percibe un trato empático, de comprensión, acerca de las situaciones que puede vivir con adherencias en algún momento de su vida.

Esta intervención, que complementa el tratamiento médico, refuerza elementos positivos para los pacientes. Este universo cultural, percibe un trato empático, de comprensión, acerca de las situaciones que puede vivir con adherencias en algún momento de su vida. Cuando encuentran profesionales normativos y controladores, algunos pacientes no perciben una intervención significativa porque sienten que ellos interfiriera en sus creencias. Los pacientes perciben la importancia de las prestaciones y su gratuidad. De este modo señalan: *"los remedios me los dan, yo no los compro"*, lo que se constituye en una garantía de satisfacción de los servicios. Así mismo, sienten que disfrutaban de preferencias, pues señalan las relaciones interpersonales efectivas que tienen con el personal de salud, facilitadas por la asistencia periódica a sus controles. Sienten que gozan de una vinculación más personal con ellos. Expresan: *"no he tenido problemas para conseguir horas"*, con lo cual confirman la acogida que tienen entre el personal de salud.

Los pacientes describen las diferentes etapas del control de hipertensión arterial, como una secuencia de actividades que se realizan durante el primer control. Señalan actividades tales como el control de signos vitales, la anamnesis, el examen físico, los exámenes de sangre y las radiografías. Estas actividades, permitieron el inicio de un tratamiento adecuado para los ellos.

El tratamiento es descrito como algo permanente en sus vidas, que incluye medicamentos e indicaciones respecto a su alimentación. Estas indicaciones involucran cambios en sus estilos de vida, y en los de sus familias. El tratamiento farmacológico es descrito como permanente, controlado y variable de acuerdo con su estado de salud. Estas características crean expectativas respecto a sus resultados. Nuestros pacientes asumen el compromiso de no abandonar el tratamiento. En la medida en que perciben resultados positivos, él se convierte en un incentivo para su adherencia.

De esta manera, relatan las razones para cuidarse, muchas de las cuales tiene que ver con la familia y la conservación de su independencia. Por ello evitan la pérdida del bienestar y la presentación de complicaciones que pueden llegar hasta la muerte.

También, nuestro universo cultural describe las características de los profesionales que lo atienden, y evidencian que ellos se preocupan por sus pacientes. Se sienten agradecidos por el trato recibido. Sin embargo, sienten que no se atreven a contarles y a compartirles algunas situaciones que acostumbra para mantenerse normotensos. Dicen: "*hay cosas que no les cuento, eso del naturista, es mío, es mi fe*". Así, a pesar de que reciben medicamentos percibidos como eficaces, no sienten confianza en los profesionales de salud, porque ellos no comprenden la utilización de los saberes populares, tan arraigados en su cultura.

Sin duda, en nuestro universo cultural existen factores que permiten una mayor adherencia al tratamiento, como son la edad y las percepciones de la gravedad de la enfermedad y de las posibles complicaciones, y el desarrollo de relaciones más abiertas y cooperadoras entre el paciente y el profesional que lo atiende.

La necesidad del tratamiento farmacológico no es siempre comprendida por algunos pacientes, a pesar de que el uso de medicamentos les permite mantenerse sin síntomas por largos periodos de tiempo, con cifras tensionales normales y bienestar. Solo ingieren medicamentos cuando tienen síntomas que los incomodan, pero sin dejar de lado el uso de plantas medicinales.

Es importante tener siempre presentes sus creencias, dada la complementariedad de los sistemas que ellos usan, es decir, el oficial y el popular, con los que obtienen resultados positivos.

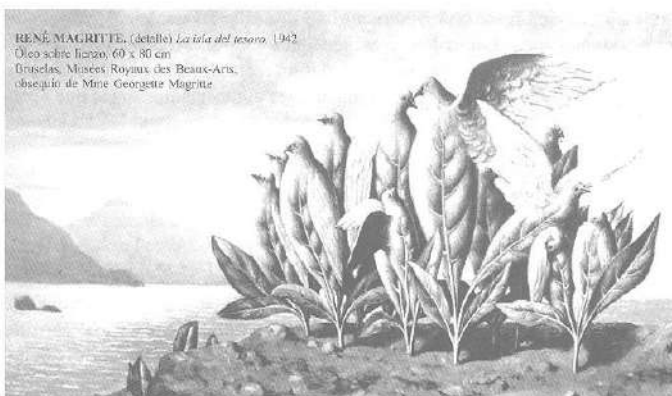
En nuestro universo, una dimensión muy importante para mantener una presión normal es la voluntad, la preocupación, el buen trato, la deferencia a la edad, y la fe en los medicamentos utilizados por los profesionales del sistema oficial. Se percibe que las características que les atribuyen se relacionan con el resultado del tratamiento, ya que frente al trato, hay ambigüedad en sus discursos.

La aparición de una enfermedad crónica pone a las familias de nuestra clientela ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura, que necesita tratamiento para siempre, y que exige medidas terapéuticas basadas en cambios de hábitos de vida. La familia considera la aparición de esta enfermedad crónica según sus creencias acerca del proceso salud-enfermedad y según las experiencias que posea sobre su cuidado, en especial en el surgimiento de las complicaciones.

De esta manera, las funciones de ayuda y apoyo adquieren singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional, pues ellas contribuyen a la resolución de situaciones conflictivas que influyen a su vez en el correcto control de la enfermedad.

La familia juega un rol esencial en el autocuidado del paciente. Se constituye en su principal red de apoyo. Sin embargo, asume un papel eminentemente controlador, impidiendo la transgresión de las indicaciones. A pesar del control ejercido, la familia es percibida como fuente de apoyo emocional, como un

En nuestro universo, una dimensión muy importante para mantener una presión normal es la voluntad, la preocupación, el buen trato, la deferencia a la edad, y la fe en los medicamentos utilizados por los profesionales del sistema oficial.



Para mantenerse saludable, nuestra clientela utiliza diversas alternativas que siempre han estado ligadas a creencias y a conocimientos históricamente determinados. Las prácticas populares siempre han sido utilizadas en el seno familiar, como primer recurso para limitar o prevenir la enfermedad.

estímulo para que el paciente se dedique a la búsqueda de la salud. Dentro de las descripciones de los pacientes hacen de sus prácticas de autocuidado, son características el esfuerzo y empeño que realizan para recuperar su salud. Así, refieren diversas razones para cuidarse, las cuales están relacionadas con la familia, con evitar complicaciones, con el deseo de prolongar la vida. De este modo practican actividades iniciadas y ejecutadas en su propio beneficio y para el mantenimiento de la vida y la salud. Todo ello, está condicionado por su experiencia de vida, la orientación sociocultural, los recursos de salud disponibles. De manera que nuestro universo percibe la recuperación de la capacidad de realizar el autocuidado y la capacidad de independencia, como aspectos positivos en sus vidas y como coadyuvantes de su recuperación de poder.

En sus discursos, los pacientes incluyen como parte de su cuidado las prácticas de sus creencias, contemplando en esta dimensión la fe que tienen a los medicamentos y a los tratamientos proporcionados tanto por la medicina oficial como por los saberes populares. Estos pacientes depositan una confianza única en su tratamiento y en los profesionales que los atienden. Ello les permite tener expectativas acerca de su salud y asumir la responsabilidad que les compete en su cuidado.

Para mantenerse saludable, nuestra clientela utiliza diversas alternativas que siempre han estado ligadas a creencias y a conocimientos históricamente determinados. Las prácticas populares siempre han sido utilizadas en el seno familiar, como primer recurso para limitar o prevenir la enfermedad. Las prácticas populares ya han sido definidas por varios autores, y Loyola señaló en 1984 que son “conjunto de técnicas de tratamiento empleadas por agentes no reconocidos por la medicina oficial y la religión”. Tales agentes son los yerberos, etc. y estas prácticas, desarrolladas dentro de un contexto social determinado, no se aíslan de los valores culturales. En nuestro medio, se constituyen en actividades complementarias de la medicina oficial y son aceptadas por la comunidad porque su existencia y crecimiento continúan a pesar del desarrollo científico y tecnológico de la salud.



Estos agentes, utilizan el conocimiento popular para sugerir la utilización diversificada de métodos terapéuticos. La familia es un elemento fundamental para el desarrollo de esas prácticas, y en general, la mujer es la persona que preferentemente busca, utiliza y disemina estos conocimientos, por su rol culturalmente definido. Percibida como una persona preocupada de la prestación del cuidado familiar y del bienestar, la mujer es asimismo usuaria de estos saberes y agente de su divulgación dentro de la familia y de la red de apoyo social. De este modo, da a conocer sus experiencias y las prácticas que ella considera más exitosas, a la familia y a la comunidad. Así, nuestros pacientes tienen múltiples formas de adquirir estos conocimientos, en especial por medio de las personas mayores. Una de las prácticas más utilizadas y reconocidas por esta clientela y su entorno cultural, es la utilización de plantas medicinales, de las cuales además del nombre, dan a conocer la búsqueda, la preparación y la dosificación: *"Fui a la montaña, traje natre, baja mucho la presión, la traica, el matico y la zarzaparrilla también. Estas hierbas se hierven todas juntas, y en vez de tomar agua de la llave se toma esta agüita...les tengo fe a estos remedios, a la edad que yo tengo primera vez que vengo al hospital"*.

Algunas de estas plantas, como la zarzaparrilla tiene principios activos conocidos, entre los cuales se encuentran propiedades diuréticas y compuestos espasmolíticos que relajan las paredes arteriales, con una menor respuesta a la norepinefrina, la serotonina y las prostaglandinas. Todo esto podría explicar su mecanismo de acción en la presión arterial y la fe que ellos tienen respecto a los beneficios en su salud.

La clientela ha logrado mantenerse normotensa por el recuerdo del sufrimiento que le ocasionaron las etapas de descompensación, por las creencias y fe en los sistemas de salud y en los sistemas complementarios del saber popular y por los sentimientos y satisfacciones que les genera su estado de salud actual. Los pacientes depositan una confianza única en su tratamiento y en los profesionales que los atienden. Ello les permite tener expectativas respecto a su salud y asumir la responsabilidad que les compete en su cuidado.

### Consideraciones finales

Este estudio nos ha permitido adquirir conocimientos sobre la cosmovisión de los pacientes hipertensos, que pasan del fenómeno de una enfermedad crónica como la hipertensión, hacia la normalidad de su presión arterial. La vivencia de esta clientela es descrita con mayor énfasis en lo referente al período de descompensación, percibida con mayor énfasis en lo referente al período de descompensación, percibida como una experiencia difícil, de inicio súbito e inesperado, lo que alteró de diversa manera su vida, la convivencia familiar y destruyó su red social. Recuerda fuertes pérdidas afectivas y sociales, que afectaron su existencia a causa de este proceso de salud-enfermedad.

En lo referente a los saberes tradicionales, la familia es un elemento fundamental para el desarrollo de su práctica, y en general, la mujer es la persona que preferentemente busca, utiliza y disemina estos conocimientos, por su rol cultural definido.

Las características de los profesionales son descritas por la clientela como de preocupación por sus pacientes y manifiesta agradecimiento por el trato empático recibido. Son de gran valor los enfoques que tienen los profesionales de terminologías populares y materiales educativos que representan los valores


Algunas de estas plantas, como la zarzaparrilla tiene principios activos conocidos, entre los cuales se encuentran propiedades diuréticas y compuestos espasmolíticos que relajan las paredes arteriales, con una menor respuesta a la norepinefrina, la serotonina y las prostaglandinas. Todo esto podría explicar su mecanismo de acción en la presión arterial y la fe que ellos tienen respecto a los beneficios en su salud.



que tiene este universo cultural, y que corresponden a sus expectativas. A nuestro juicio, esta es una forma de favorecer la comunicación entre profesional y cliente para alcanzar un mejor éxito en la adherencia al bienestar de una población que se mantiene normotensa. Cobra relevancia la adquisición de conocimientos para su autocuidado y la percepción de una recuperación del bienestar que los hace potenciar las conductas de adherencia. La participación de la familia en esas prácticas de cuidado y el consecuente reforzamiento y valoración de la red social, reafirman la fe que tienen en las interrelaciones y la complementariedad de acciones de los profesionales, de otros agentes de cuidado y de los pacientes mismos. Todo ello lo describe nuestro universo cultural como "cuestión de fe". Es así como percibimos, que este grupo de pacientes hipertensos luchadores, desea recuperar el poder y la habilidad para comprometerse con su autocuidado y el logro del bienestar deseado.

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, el médico, los amigos, la familia y todos los que se preocupan por su bienestar. Para favorecer una relación más amplia 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 a crear un ambiente propicio para el desarrollo de potencialidades de autocuidado y adhesividad al control.

Finalmente, este estudio es válido para el universo cultural estudiado, por lo que se hace necesario continuar, dentro su línea de investigación, con la manera de generar nuevos conocimientos frente a las dimensiones

percibidas por nuestros pacientes. De ese modo pueden contribuir al aumento de las coberturas que recuperen el bienestar, comprendiendo sus valores y creencias y otorgando un cuidado cultural coherente con sus expectativas. 

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1.] Spradley J. *The Ethnographic Interview*. New York: Holt Rinehart & Winston; 1979.
- [2.] *Ibid*
- [3.] *Ibid*
- [4.] Price Y. Estudio etnográfico de la vivencia del ser hipertenso normotenso. Tesis de licenciatura. Santiago de Chile: Universidad Austral de Chile, Instituto de enfermería, Facultad de medicina; 2000.
- [5.] Laplantine F. "Antropología da doença" 1ª edición 1991. Editorial Martins Fontes pp. 49-101 y 207-212.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Alexander J. *Teoría de Los Cuidados Culturales*. En: Madeleine Leininger. *Modelos y Teoría de Enfermería*. Indiana: Panamericana, 3 ed.; 1991. pp. 425-446.
- Da silveira ML. Familia: conceitos socio antropológicos básicos para el trabajo en salud. *Fam. Saude Desenvolvimento Curitiba*; 2000 (2).
- Hoga K. *A merce do cotidiano da anticoncepção: A mulher seguindo a seu caminho*. [Tesis de Doctorado] Brasil: Escuela de Enfermería Universidad de Sao Paulo, Brasil; 1995.
- Kaplan N. *Hipertensión de difícil tratamiento*. Soc. Chilena de Hipertensión, s.p.l. Ciudad: Editorial, Año de publicación. Chile: S.P.L.
- Mendoza S, Figueroa M. Creencias en salud y adherencia de pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de Concepción-Chile, 1997. *Ciencia y Enfermería* 1998; 4 (1): 63-76.
- Chile. Ministerio de Salud. *Programa de Salud del Adulto. Hipertensión Arterial, Normas Técnicas*, Santiago de Chile: El ministerio; 1995.
- Chile. *Ministerio de Salud*. División de Programa de Salud, Departamento de Epidemiología. Situación de Salud Chile 1996. *Santiago de Chile: el ministerio; s.f.*
- Chile. *Ministerio de Salud*. División de Programa de Salud, Departamento de Epidemiología. Situación de Salud Chile 2000. *Santiago de Chile: el ministerio; s.f.*
- Muñoz G. LA. Estudio Etnográfico de la Vivencia de Ser Diabético. [Tesis de doctorado]. Brasil: Escuela de Enfermería, Universidad De Sao Paulo, 1993. Muñoz G. LA. Investigación Cualitativa sobre el Fenómeno Situado, *Santiago de Chile: Universidad Austral de Chile, Instituto de enfermería; 1997*. Muñoz G. LA. *Antecedentes sobre la investigación cualitativa en Enfermería*. Horizonte de Enfermería 1995; s.n. s.n.
- Ospina B, Ramírez M. *Promoción y Prevención para el cuidado de la salud en adulto mayor, una propuesta curricular*. Investigación y Educación en Enfermería 1998; 16 (2).
- Price Y, Muñoz LA, Arellano J, Burgos D, García M, y Peñalillo J. *Vivenciando la hipertensión arterial en consultorios de atención primaria*. *Fam. Saude Desenv Curitiba* 2000; 2(2): 65-70.
- Ringeling Y, Salinas J. *Salud Familiar: Enfoques de Salud*. En: II Seminario Internacional de Medicina Familiar. I Encuentro Nacional de Medicina Familiar. *Santiago de Chile, 29-31 de Octubre 1996*.
- Taylor SJ. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Iberica; 1986.
- Colombia. Ministerio de Salud. *Servicio de salud valdivia*. Informe Computacional. Bogotá: El Ministerio; 1999.
- Wright L, Watson W, Bell J. *Beliefs the Heart of Healing in Families and Illness*, Capítulo 1. s.l.: Basic Books; 1996. pp. 21-23.