

**Perspectiva bioantropológica de la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP)  
y sus factores determinantes en población urbana del municipio de Jardín (Antioquia).**

**Trabajo de grado para optar al título de Antropólogo  
Línea de profundización en Antropología Biológica.**

**Por: Mario Alberto Correa Pérez**

**Asesor: Andrés Felipe García Pineda**

**Departamento de Antropología**

**Universidad de Antioquia**

**Medellín**

**2016**

## **Resumen:**

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una afectación del sistema vascular que compromete la funcionalidad de los miembros inferiores, produce disminución de la calidad de vida y aumenta la probabilidad de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y accidentes cerebrovasculares.

En este trabajo se aborda desde una perspectiva bioantropológica la EAP y sus factores determinantes, en población del área urbana del municipio de Jardín (Antioquia). Se obtuvo la prevalencia de la enfermedad a partir de los valores para el índice tobillo brazo (ITB) en 345 individuos en el rango de edad de 45 a 88 años, de los cuales el 65,5% fueron mujeres y el 34.5% fueron hombres. Se realizó una estimación de la asociación entre algunos factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y comportamentales con la enfermedad.

Por el otro, se indagó mediante el método etnográfico por las creencias, concepciones, prácticas e itinerarios terapéuticos sobre la salud vascular en la población. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 17 individuos con diagnóstico de EAP seleccionados a partir de la muestra inicial. Se obtuvo, a partir de la perspectiva de los entrevistados, la concepción sobre salud, enfermedad, estilos de vida saludables en relación con la EAP y enfermedades vasculares. Además, se registraron algunas prácticas relacionadas con el cuidado de la salud vascular –uso de plantas, remedios caseros y productos naturistas- y se reconstruyeron modelos explicativos sobre la etiología, sintomatología y curso de desarrollo de la enfermedad.

La prevalencia global de EAP fue de 19,4%, siendo ligeramente más alta en los hombres que en las mujeres (20,1% frente a 19%, respectivamente). Al definir grupos de edad con base en la mediana de la población, se observó una prevalencia más alta en el grupo de mayores de 60 años que en el grupo de menores de 60 años (21,5% frente a 17,4%). Se identificaron como factores de riesgo para la EAP valores disminuidos del colesterol HDL en las mujeres ( $p=0,048$  OR: 3,142 I.C: 1,012-9,749), en los hombres ( $p=0,032$  OR: 3,785 I.C: 1,119-12,799) y para el total de la población ( $p=0,034$  OR: 3,266 I.C: 1,092-9,765). Un índice cintura-cadera igual o superior a la

mediana ( $\geq 0,915$ ) fue un factor de riesgo para las mujeres ( $p=0,028$  OR: 5,207 I.C:1,197-22,655).

El no consumo de tabaco ( $p=0,043$  OR: 3,487 I.C: 1,040-11,699), pertenecer al sexo femenino ( $p=0,009$  OR: 4,162 I.C: 1,423-12,175), no presentar antecedentes personales de hipertensión arterial ( $p=0,040$  OR: 2,615 I.C: 1,043-6,556) y los valores ajustados (z) del perímetro de la cadera que se ubicaron por encima de la mediana ( $\geq 0,225$ ) ( $p=0,027$  OR: 5,493 I.C: 1,216-24,806), se identificaron como factores que aportaron una mayor probabilidad de presentar valores normales para el índice tobillo brazo en la muestra total. De otro lado, para el sexo masculino también se observó que el no consumo de tabaco operaba como factor asociado a valores normales para el ITB ( $p=0,022$  OR: 3,541 I.C: 1,201-10,436).

El itinerario terapéutico relacionado con la EAP, dio cuenta de la puesta en marcha de diversos regímenes terapéuticos que se derivan de la consulta de diferentes sistemas médicos y alternativas terapéuticas disponibles dentro del municipio, incluidas las plantas medicinales. Las decisiones fueron influenciadas en mayor medida por aspectos de orden pragmático, como son la infraestructura de servicios de salud del municipio, la capacidad económica y la cercanía de los centros médicos. La orientación de los individuos hacia hábitos de vida saludables es relativamente reciente en la población. Los individuos perciben la presencia de algunos de sus padecimientos como algo normal y derivado de la edad y sus estilos de vida. Además, se recurre a las creencias religiosas y la fe como estrategia de afrontamiento de los padecimientos.

**Palabras clave:**

Antropología médica, enfermedad arterial periférica, itinerarios terapéuticos, enfermedades crónicas no transmisibles.

<b>Introducción</b>	7
<b>1 El panorama de la transición epidemiológica en el mundo y la afectación por enfermedad</b>	13
1.1 Transición epidemiológica y enfermedades crónicas	13
1.2 Manifestaciones de la transición epidemiológica en el contexto nacional	16
1.2.1 Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia	17
1.2.2 Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Antioquia	18
1.2.3 El proceso de transición demográfica y envejecimiento poblacional en Colombia, Antioquia y la Subregión del Suroeste	20
1.3 EAP en el espectro de las enfermedades crónicas no transmisibles. Manifestaciones de la transición epidemiológica en el contexto nacional	24
1.3.1 EAP y coexistencia de afectación en otros territorios vasculares	26
1.3.2 Factores de riesgo para la EAP	28
1.3.3 Epidemiología de la EAP	30
1.4 El papel de una etnografía de la salud vascular	33
<b>2 Marco teórico</b>	42
2.1 Conceptos desde la biomedicina y la epidemiología para entender la salud y la enfermedad	42
2.2 Fisiopatología de la EAP, clasificación clínica y curso de desarrollo de la enfermedad	46
2.3 La bioantropología en relación al estudio de las enfermedades del sistema cardiovascular y la	56
2.4 Antropología medica: conceptos claves para el abordaje del proceso salud-enfermedad-	58
<b>3 Metodología</b>	66
3.1 Características sociodemográficas de la población urbana del municipio de Jardín	66
3.2 Tipo de estudio	68
3.3 Componente cuantitativo	68
3.3.1 Muestra y estrategia de muestreo	68
3.3.2 Recolección de información	69
3.3.3 Descripción y análisis estadístico	76
3.4 Componente cualitativo	78
3.4.1 Muestra y estrategia de muestreo	78
3.4.2 Recolección de la información	79
3.4.3 Descripción y análisis de la información	83
3.4.4 Consideraciones éticas	84
<b>4 Resultados</b>	85
4.1 <b>Componente cuantitativo</b>	85
4.1.1 Descripción de las variables sociodemográficas, comportamentales y biológicas consideradas en el estudio	85
4.1.1.1 Características sociodemográficas	85
4.1.1.2 Factores de riesgo comportamentales	86

4.1.1.3	Factores biológicos de riesgo	86
4.1.1.4	Perfil clínico metabólico	86
4.1.2	Morfología corporal e indicadores antropométricos	89
4.1.3	Prevalencia de EAP	90
4.1.4	Asociación con factores de riesgo o protección	91
4.1.5	Modelos de regresión logística binaria múltiple para los factores de riesgo o protección asociados a EAP	97
	<b>Componente cualitativo</b>	103
4.2.1	Percepciones sobre la salud, la enfermedad y el riesgo	103
4.2.1.1	El concepto de salud y enfermedad en la comunidad Jardineña	103
4.2.1.2	Percepciones y prácticas cotidianas relacionadas con la salud, el riesgo y la protección de la salud vascular	107
4.2.2	Estilos de vida saludable y prácticas en salud	114
4.2.2.1	Percepciones alrededor de los hábitos de vida saludables: alimentación y régimen de actividad física en el municipio de Jardín	114
4.2.2.2	Consumo de tabaco y representaciones sobre el hábito	121
4.2.2.3	Actividades relacionadas con el ortostatismo (activo y pasivo)	126
4.2.3	Aspectos socioculturales relacionados con el cuidado de la salud vascular	128
4.2.3.1	Modelos explicativos: nociones sobre el origen, síntomas y desarrollo de la EAP	128
4.2.3.2	Itinerarios terapéuticos: Rutas de la búsqueda de atención en salud	132
4.2.3.3	La dolencia y la calidad de vida en relación a la salud La EAP y otros padecimientos coexistentes con la enfermedad	141
	<b>5 Discusión</b>	145
5.1	Comparación de prevalencias de los factores de riesgo comportamentales y biológicos con respecto a los reportes realizados por estudios nacionales	145
5.1.1	Factores comportamentales	145
5.1.2	Factores biológicos de riesgo	146
5.1.2.1	Perfil clínico metabólico: prevalencia de hipertensión, hiperlipidemia y diabetes	146
5.1.2.2	Indicadores antropométricos: índice de masa corporal, perímetro de la cintura e índice cintura-	152
5.2	Prevalencia de EAP en el municipio de Jardín	155
5.3	Factores de riesgo y de protección relacionados con la EAP	158
5.4	Modelos explicativos sobre la EAP y otros padecimientos vasculares	168
5.5	Itinerarios terapéuticos de la EAP y enfermedades vasculares en Jardín	171
5.6	Actitudes, practicas, creencias y comportamientos en relación al riesgo y el cuidado de la	176
	<b>6 Conclusiones</b>	181
	<b>7 Referencias bibliográficas</b>	185

## Índice de tablas e imágenes.

#	Tablas	Pág.
1	Indicadores macroproblema de mortalidad Antioquia, 2012	18
2	Indicadores de mortalidad por infarto agudo de miocardio, por subregión y municipio Antioquia, 2012	19
3	Diez primeras causas de mortalidad en el municipio de Jardín, 2011	19
4	Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas	45
5	Clasificación clínica de Leriche-Fontaine para la EAP	49
6	Manifestación clínica según la zona donde se presenta la lesión arterial por EAP	50
7	Calculo del porcentaje del error técnico de medida y tolerancia de medidas antropométricas	71
8	Valores utilizados para la clasificación de variables relacionadas con el perfil clínico metabólico	75
9	Valores para la mediana de las variables antropométricas crudas y ajustadas	76
10	Características sociodemográficas de la población	85
11	Características comportamentales	86
12	Características del perfil clínico metabólico de la población de Jardín	87
13	Distribución de frecuencias perfil clínico metabólico de la población de Jardín	88
14	Indicadores antropométricos según sexo y para el total de la población	90
15	Prevalencia total de EAP en la población de Jardín y discriminada según sexo y grupos de edad	91
16	Asociación de variables sociodemográficas con la EAP	91
17	Asociación de factores de riesgo comportamentales con la EAP	92
18	Estadísticos descriptivos y asociación de las variables antropométricas sin estandarizar con el sexo y la edad	93
19	Asociación de indicadores antropométricos con la EAP	94
20	Análisis de asociación de las variables antropométricas estandarizadas (z) con el sexo y la edad	94
21	Asociación del perfil clínico metabólico de la población de Jardín con la EAP	95
22	Asociación de variables antropométricas no ajustadas y clasificadas según percentiles con respecto a la EAP	96
23	Asociación de variables antropométricas ajustadas y clasificadas según percentiles con respecto a la EAP	96
24	Variables incluidas en los modelos regresión logística para establecer asociación con la EAP	100
25	Análisis por medio de regresión logística binaria de las variables que presentaron asociación ( $p < 0,05$ ) con la EAP o valores de p menores o iguales que 0,25	101
26	Comparación perfil lipídico de Jardín frente a valores obtenidos por el estudio ENFREC II en la población colombiana	150
27	Comparación del perfil lipídico de Jardín frente a las prevalencias reportadas por otros estudios realizados en el país	150
<b>Imágenes</b>		
1	Mapa político del municipio de Jardín- Antioquia	67
2	Metodología para el cálculo del ITB	73

## **Introducción:**

A nivel mundial, tanto en países de ingresos económicos altos como bajos, se viene dando una transición en el régimen de enfermedad en el que las enfermedades infecciosas ceden su lugar como principal causa de mortalidad a las enfermedades crónicas no transmisibles. A este fenómeno se conoce como transición epidemiológica (Omran, 1971). Dentro del proceso de transición y el espectro de enfermedades crónicas, los problemas asociados al sistema vascular son los que presentan mayor injerencia en la mortalidad poblacional (OMS, 2015). A nivel nacional y del departamento de Antioquia dicha tendencia está operando, pues durante los últimos veinte años las enfermedades crónicas, dentro de estas los problemas cardiovasculares, se han posicionado como las primeras causas de mortalidad (Ministerio de la Protección Social, 2010) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012). Además de ello, dentro del proceso de transición que vive el país y el departamento de Antioquia, también durante las últimas décadas, se ha registrado un progresivo envejecimiento poblacional caracterizado por la disminución de la población más joven y el aumento de los grupos etarios de mayor edad, en los que la prevalencia de este tipo de enfermedades es mayor (Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, 2011) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012a).

En relación a la afectación por enfermedades cardiovasculares, se considera que actualmente el principal factor fisiopatológico que influye en su desarrollo es el progreso de la aterosclerosis como una afectación generalizada del sistema vascular. Así, la enfermedad arterial obstructiva crónica (EAOC) o aterosclerosis es una condición progresiva que afecta el sistema vascular de manera general a nivel arterial, y que puede presentarse en múltiples territorios vasculares (Martínez, 2009, p.15). Este proceso fisiopatológico está incidiendo de manera amplia en las poblaciones de todas las regiones del mundo, como un derivado de la globalización de estilos de vida no saludables -consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, las dietas con bajo consumo de frutas, verduras y altos contenidos de grasas, azúcares y sal- los cuales son un aspecto característico de las actuales sociedades industrializadas o que se enfrentan a procesos acelerados de industrialización (Omran, 1971) (OMS, 2015).

Dependiendo del lecho vascular afectado por la aterosclerosis su manifestación clínica puede ser la enfermedad coronaria cardíaca, enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial periférica (Martínez, 2009, p.15). De otro lado, la enfermedad arterial periférica (EAP), de la cual se ocupará este trabajo, es una afectación derivada de la aterosclerosis que se presenta a nivel de las extremidades, más comúnmente en los miembros inferiores. La EAP se manifiesta clínicamente en forma sintomática o asintomática. En el primer caso, se expresa como dolor en las piernas causado por obstrucciones a nivel arterial que impiden la buena circulación y aporte de oxígeno en los tejidos de los miembros inferiores, cuando se realiza actividad física, al caminar por varias cuadras o por superficies pendientes. La segunda manifestación clínica no presenta ningún síntoma, aunque exista algún grado de obstrucción a nivel arterial (Criqui, Fronek, Barrett, Klauber, Gabriel, Goodman, 1985) (Criqui, Langer, Fronek, Fiegelson, Kaluber, McCann, Browner, Deirdre, 1992).

Las dos primeras manifestaciones de la aterosclerosis se constituyen como la primera y segunda causa de mortalidad por enfermedades crónicas, respectivamente, en el contexto de la transición epidemiológica a nivel global y del territorio nacional (Ministerio de la Protección Social, 2010). De otro lado, la EAP aunque no es causa directa de mortalidad, afecta la calidad de vida y se relaciona con un aumento en la probabilidad de morir a causa de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, en relación a la severidad de la enfermedad, ya que los individuos con la enfermedad tienen una tasa de mortalidad que oscila entre el 15% al 30% y un incremento de 2 a 6 veces en probabilidad de morir por causa de enfermedad arterial coronaria (Criqui *et al.*, 1985) (Criqui *et al.*, 1992) (Creager, 2012).

Para poder hacerle frente a la carga de enfermedad y mortalidad derivada del padecimiento de enfermedades crónicas, las estrategias desde el punto de vista epidemiológico se centran el control de los factores de riesgo comunes a todas ellas. Un factor de riesgo hace referencia a cualquier aspecto que incrementa la posibilidad de padecer una enfermedad concreta. Para las enfermedades crónicas se han identificado factores de orden biológico y comportamentales, a los cuales se hará referencia en el primer y segundo capítulo de este trabajo, que son comunes a todas ellas e inciden en el desarrollo de enfermedades relacionadas con el sistema vascular. Específicamente para la EAP los estudios epidemiológicos han identificado como principales

factores de riesgo el tabaquismo, el influjo de la edad, el sexo, la pertenencia étnica, padecimientos como la hipertensión, diabetes y desbalances del perfil de lípidos. En Colombia no se ha estimado la prevalencia de esta enfermedad en la población general ni se han estudiado sus factores de riesgo, la relación entre estos, así como su expresión en la tasa general de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

El presente estudio se ha realizado en el marco del proyecto de investigación titulado “prevalencia de las enfermedades vasculares y sus factores de riesgo en la población indígena embera–chamí de Cristianía”, donde el trabajo de campo y recolección de datos se realizó por un equipo interdisciplinar de médicos vasculares, genetistas y antropólogos adscritos a los grupos de investigación Trombosis, Genética Molecular (GENMOL) y Medio Ambiente y Sociedad (MASO) de la Universidad de Antioquia. Para la presente tesis de grado se realizó un análisis epidemiológico particular a partir del universo de datos derivados de tal estudio. Así, este trabajo indaga por la EAP como trastorno específico del sistema vascular en la población urbana del municipio de Jardín y su orientación fue ampliar el espectro de enfermedades y factores determinantes considerados en dicha investigación.

El enfoque de este trabajo se realizó desde la bioantropología como un marco amplio que permite no solo abordar a la EAP desde sus particularidades a nivel biológico –como son su fisiopatología y factores de riesgo- y caracterizar el marco sociocultural en el que se sitúa la enfermedad –factores sociodemográficos, creencias y comportamientos de la población en relación a la salud vascular-, sino también como un marco interpretativo que permite entender la manifestación de este tipo de enfermedades como la expresión de un desajuste entre biología y cultura. En este sentido, se parte del postulado de que en las condiciones actuales la evolución cultural opera demasiado rápido en relación a la posibilidad de que existan ajustes a nivel genético que permitan adaptarse a los estilos de vida creados por las sociedades modernas (Eaton, Strassman, Nesse, Neel, Ewald, Williams, Weder, Eaton, Lindeberg, Konner, Mysterud, Cordain, 2002) (Neel, 1962). Teniendo en cuenta estos planteamientos se hace visible que el estudio del proceso salud-enfermedad como manifestación cultural requiere de un enfoque más amplio y correlacional que es posible desarrollar desde la bioantropología. Este trabajo parte de esta perspectiva para dar cuenta de los factores determinantes de la prevalencia de la EAP en

población del casco urbano del municipio de Jardín Antioquia a partir de sus características sociodemográficas, biológicas, comportamentales y culturales.

En cuanto a su estructura, el presente trabajo se encuentra dividido en seis capítulos. El primero de ellos introduce la problemática de la enfermedad arterial periférica en el contexto de la transición epidemiológica en el mundo, en el contexto nacional y en Antioquia. Se pretende mostrar en este capítulo, a partir de datos estadísticos, que Colombia experimentó durante los dos últimos decenios una transición epidemiológica que sigue la tendencia mundial, es decir, el cambio de un régimen caracterizado por la predominancia de enfermedades infecciosas y causas externas, a uno caracterizado por las enfermedades crónicas no transmisibles, que aumentaron su prevalencia y se convirtieron en las primeras causas de mortalidad en el país. Para ello se hace uso de la comparación de varios periodos de tiempo tomando las primeras causas de mortalidad registradas a nivel nacional, departamental y para el municipio de Jardín. Con relación a estos planteamientos se presenta la prevalencia de la EAP según los principales estudios epidemiológicos, como un punto de referencia, ya que no se han realizado aún estudios que estimen su prevalencia en el país y en la población general. Por último, al final de este primer capítulo se exponen las preguntas de investigación que guían este trabajo en cuanto al componente epidemiológico y etnográfico.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico, el cual se encuentra dividido en dos bloques. En el primero, se presentan los conceptos propios de la biomedicina y la epidemiología para entender la salud, la enfermedad, la fisiopatología -curso natural de desarrollo y afectación funcional, clasificación clínica y los estadios de severidad de la EAP. El segundo bloque aborda desde el ámbito de la antropología médica, principalmente desde la corriente de la etnomedicina, algunos conceptos claves para el abordaje de la salud y la enfermedad como son la distinción entre enfermedad-dolencia, los itinerarios terapéuticos y modelos explicativos que pueden estar presentes dentro de una comunidad y que determinan o influyen en algún grado las decisiones que se toman en el contexto de un sistema de atención en salud local.

El tercer capítulo corresponde a la metodología utilizada por este trabajo y se encuentra dividido de acuerdo a los dos enfoques de investigación trabajados. El primero de ellos corresponde al

componente cuantitativo, donde se hace referencia a los antecedentes históricos del municipio de Jardín y se hace explícito el proceso de recolección de datos, la muestra, la estrategia de muestreo, la descripción y análisis de los datos. En este componente se llevó a cabo la medición de dimensiones corporales, recolección de algunas variables sociodemográficas, comportamentales y biológicas de la población. Se realizaron pruebas estadísticas propias de la epidemiología para analizar la asociación de la enfermedad arterial periférica (EAP) con respecto a las variables antes mencionadas. De otro lado, para el componente cualitativo, se indagó mediante entrevistas semiestructuradas por los itinerarios terapéuticos, creencias, prácticas en salud, actitudes, estrategias, concepciones sobre la salud el riesgo y la enfermedad derivados del padecimiento de EAP, para entender cómo es concebida y como se afronta la enfermedad por los individuos. Estas entrevistas permitieron evidenciar aspectos claves del manejo que los individuos tienen de la salud y la enfermedad, de las acciones y estrategias que se ponen en acción para afrontarla, aspectos que no podrían ser explicados por el razonamiento epidemiológico, ya que también son influenciados por elementos constitutivos del orden social y cultural. Para este componente se planteó de igual manera los procedimientos utilizados para la recolección de la información, estimación de la muestra, descripción, análisis, además de las consideraciones éticas tenidas en cuenta para ambos componentes.

En el capítulo cuarto, al igual que el anterior, se exponen los resultados de esta investigación en relación a los dos componentes abordados. En el componente cuantitativo se describe inicialmente las características sociodemográficas, comportamentales y biológicas de la muestra. Posteriormente, se presenta la prevalencia de la enfermedad en la población y el resultado del análisis bivariado, realizado por medio de pruebas de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), tomando como referencia las variables sociodemográficas, biológicas y comportamentales consideradas en el estudio. Finalmente, se describen para este componente los resultados del análisis multivariado, realizado mediante regresiones logísticas binarias, para la estimación del riesgo o la protección con respecto a la enfermedad arterial periférica. De otro lado, para el componente cualitativo se exponen en primer lugar las percepciones sobre la salud, la enfermedad, el riesgo y los hábitos de vida saludables en la comunidad, en los que se hace alusión a aspectos de la dieta, actividad física y principalmente el consumo de tabaco. Posteriormente se presentan aspectos relacionados con el ortostatismo activo y pasivo -actividades desempeñadas durante la vida y que implicaran

permanecer largos periodos del día de pie o sentado- y el itinerario terapéutico derivado del padecimiento de la EAP, enfermedades del sistema vascular y enfermedades crónicas en el municipio.

El quinto capítulo corresponde a la discusión de los resultados encontrados en este trabajo. Se analizan tanto las prevalencias de los factores de riesgo comportamentales (tabaquismo) y biológicos (perfil clínico metabólico, dimensiones corporales e indicadores antropométricos), como la frecuencia de la enfermedad arterial periférica encontrada en la población del municipio de Jardín. La frecuencia de los factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y comportamentales se comparó con respecto a las tendencias reportadas para el territorio nacional por estudios previos representativos de la población del país. De otro lado, la prevalencia de la enfermedad arterial periférica, los factores de riesgo y protección derivados del análisis realizado por este trabajo se contrastaron con los principales estudios epidemiológicos, teniendo en cuenta características poblacionales similares que permitieran dar luces sobre la asociación de la enfermedad con las variables consideradas. Por último, el sexto capítulo expone de manera sucinta las principales conclusiones y hallazgos de este trabajo de investigación.

## **1. El panorama de la transición epidemiológica en el mundo.**

### **1.1. Transición epidemiológica y enfermedades crónicas.**

En la actualidad se está presentando una transición en el régimen de morbilidad y mortalidad a nivel mundial debido a que las enfermedades y muertes causadas por enfermedades infecciosas (EI) se han reducido considerablemente y han cedido su lugar a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, son un nuevo tipo de enfermedades que presentan tres características principales: no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Son responsables de la muerte de 38 millones de personas cada año a nivel global y los países de ingresos económicos bajos y medios tienen la mayor carga de mortalidad por este tipo de enfermedades, en estos ocurre el 75% de la mortalidad global por ECNT y el 82% de la mortalidad prematura, muertes por debajo de los 70 años de edad (OMS 2015).

Las enfermedades crónicas actualmente se constituyen en las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los países de economías desarrolladas y esta tendencia se está extendiendo hacia los demás países. Además, el riesgo de padecerlas se presenta para todos los grupos de edad en todas las regiones del mundo por lo que se considera que se está presentando un proceso de transición epidemiológica (OMS, 2015). Esta transición está siendo impulsada por el envejecimiento poblacional, los rápidos procesos de urbanización y la globalización de los estilos de vida no saludables -consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, las dietas con bajo consumo de frutas, verduras y altos contenidos de grasas, azúcares y sal-, que son responsables del desarrollo de cambios a nivel metabólico/fisiológico –presión arterial elevada, sobrepeso y obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia- que al igual que los estilos de vida no saludables, se están extendiendo a todas las poblaciones del mundo y conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas (OMS, 2015).

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes pero las enfermedades cardiovasculares, específicamente el infarto agudo de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, son la primera causa de mortalidad dentro de este grupo de

enfermedades (OMS 2015). Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes a nivel del corazón y las arterias entre los que se encuentran el infarto agudo de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad arterial periférica, la enfermedad reumática del corazón, las enfermedades congénitas del corazón y la trombosis venosa profunda. En 2012 se estimó que 17,5 millones de personas murieron por estas enfermedades, lo que representó el 31% de la mortalidad a nivel global. De estas muertes 7,4 millones fueron por infarto agudo de miocardio y 6,7 millones por accidentes cerebrovasculares. Alrededor del 75% de las muertes por enfermedades cardiovasculares tiene lugar en países de ingresos económicos bajos y medios. Además, en estos países ocurre el 82% de la mortalidad prematura por enfermedades crónicas y las enfermedades cardiovasculares aportan el 37% (OMS 2015a).

En las distintas regiones y países del mundo esta transición hacia las enfermedades crónicas se expresa de forma diferente, debido a que la carga de morbilidad y mortalidad, expresada en términos de incidencia y prevalencia, son influenciadas tanto por determinantes demográficos, económicos, sociales y culturales que aunque pueden plantearse desde un modelo general para entender cómo opera la transición, dependen en última instancia de la interrelación de los determinantes (Omran, 1971, p.517 ).

Así, según Omran (1971, p. 509) conceptualmente la teoría de la transición epidemiológica se centra en los cambios complejos de los patrones de salud y enfermedad, la interacción entre estos patrones con sus determinantes y consecuencias a nivel demográfico, económico, y social. El argumento central de este planteamiento es que una transición epidemiológica se ha desarrollado paralelamente a las transiciones que a nivel demográfico y tecnológico han tenido los países, en principio, de economías desarrolladas, pero que se hace extensiva a los países en desarrollo. En este sentido, la transición corresponde al desplazamiento a un segundo plano de las pandemias producidas por enfermedades infecciosas para dar paso a las enfermedades degenerativas creadas por el hombre -enfermedades crónicas- como primera causa de morbilidad y mortalidad. Dicha transición no se ha completado en los países en desarrollo, los cuales presentan una doble carga de enfermedad en la que coexisten enfermedades infecciosas y crónicas, pero con una predominancia de las últimas. (Omran, 1971, p.509).

Actualmente la transición epidemiológica se encuentra en la tercera fase del denominado modelo clásico occidental de la transición. A esta fase corresponde un perfil de salud cuyas características son el aumento de la expectativa de vida por encima de los 70 años, siendo más alta en las mujeres que en los hombres. Una reducción del riesgo de mortalidad para las mujeres de todas las edades y para la mortalidad materna, así como de la mortalidad infantil que representa menos del 10% del total de la mortalidad. Las muertes producidas por encima de los 50 años incrementan hasta en un 70% o más y dan cuenta de gran parte de la mortalidad general.

En el 2014 en la región de las Américas de la OMS el 77% de la mortalidad fue a causa de las enfermedades crónicas, y las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de la mayor proporción de muertes (40%). Una de las problemáticas de la alta prevalencia de enfermedades crónicas en la transición epidemiológica es la mortalidad prematura, indicador que se refiere a la mortalidad registrada por debajo de los 70 años de edad. Para la región de las Américas 44% del total de la mortalidad registrada ocurrió antes de los 70 años de edad. En los países de menor ingreso económico y en los de ingresos medios, el 52% ocurrió antes de esa edad, comparado con 35% en países de ingresos económicos altos. Del 44% de la mortalidad prematura, las enfermedades crónicas fueron responsables del 65%, con las enfermedades cardiovasculares (32%) y neoplasmas malignos (32%), como las responsables de la mayor proporción de estas muertes. Se considera que la mortalidad prematura tiene un mayor impacto en los países de la región de las Américas con ingresos económicos bajos y medios, en los que hay un exceso de afectación del 17% (OPS 2014).

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares reemplazan a las enfermedades infecciosas como causa primaria de la mortalidad, aunque algunas enfermedades infecciosas continúan siendo un problema de salud. Por ejemplo, casos como el de la tuberculosis son escasos y persisten en las poblaciones más pobres o en los individuos más viejos con condiciones precarias. De otro lado, las enfermedades cardiovasculares adquieren una alta prevalencia y se presentan en una tasa en que su etiología más importante se debe al proceso generalizado de la aterosclerosis y no a procesos infecciosos como la enfermedad reumática del corazón (Omran, 1971, p.516).

Desde el punto de vista económico la transición es preocupante, pues los países con economías menos desarrolladas apenas se están preparando para el abordaje de este tipo de enfermedades. Uno de los aspectos con más impacto tiene que ver con la capacidad de los sistemas de salud de cada país para afrontar la transición, ya que a nivel mundial se presentan grandes diferencias en la capacidad económica, los programas e iniciativas puestas en marcha para la prevención y vigilancia epidemiológica (OMS 2015) (Bloom *et al.*, 2011, p. 5). Además, las enfermedades crónicas se han establecido como una clara amenaza no solo para la salud humana, sino también para el desarrollo y el crecimiento económico. Siendo las responsables del 63% del total de la mortalidad a nivel global, de este porcentaje el 80% se encuentra distribuido en los países de ingresos económicos bajos y medios. La mitad de aquellos que mueren producto de enfermedades crónicas se encuentran en el momento más productivo de su vida, por lo que la carga de discapacidad y de mortalidad pone en riesgo la competitividad industrial de los países (Bloom *et al.*, 2011, p. 5). Las pérdidas en la productividad se vuelven significativas ya que por su carácter crónico estas enfermedades requieren de un manejo a largo plazo, afectando la adherencia laboral, generando discapacidad, búsqueda de atención en salud y el retiro prematuro de la fuerza laboral disponible (Bloom *et al.*, 2011, p. 27).

## **1.2. Manifestaciones de la transición epidemiológica en el contexto nacional.**

En Colombia en el año 2012 se produjeron 143.300 muertes por enfermedades crónicas, de las cuales el 50,1% se produjo en las mujeres y el 49,8% en los hombres (OMS, 2014a). Para este mismo año el registro de la mortalidad prematura atribuida a estas enfermedades fue del 43% en las mujeres y 48% en los hombres (OMS, 2014b).

Para evidenciar que la transición del régimen de enfermedad que se presenta a nivel mundial y regional también está presente en Colombia, se tomó información presentada por el Ministerio de la Protección Social sobre la tendencia de la mortalidad en el país para el periodo comprendido entre 1980 y 2010, lo que hace evidente el proceso de la transición epidemiológica en el país.

### **1.2.1. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia.**

Las cinco causas principales de la mortalidad durante el periodo 1980-2010 fueron las enfermedades del aparato circulatorio (28,7%), causas externas (23,2%), tumores (14,4%), enfermedades respiratorias (8,7%) y las enfermedades del aparato digestivo (4,3%), las cuales dan cuenta del 79,3% de la mortalidad y se mantuvieron estables en este periodo (Ministerio de la Protección Social, 2010, p.138). Durante este periodo se produjeron 1'086.291 muertes por enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, responsables del 28,7% de la mortalidad, y fueron los hombres quienes presentaron mayor riesgo de morir a causa de estas enfermedades (Ministerio de la Protección Social, 2010, p.139-140).

En términos porcentuales, los cálculos aproximados muestran un aumento en la frecuencia de mortalidad por enfermedad isquémica de 3,8% anual, por enfermedad cerebrovascular de 2,9% anual, y por enfermedad hipertensiva de 1,5% (Ministerio de la Protección Social, 2010, p.139-140). La carga de la enfermedad cardiovascular presentó un incremento importante, visible en el aumento de la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes cerebrovasculares. En 1980 se registraban alrededor de 8.000 muertes al año por enfermedad isquémica del corazón, 25 años después este número asciende al triple (25.000 muertes). Los casos de muerte por enfermedad cerebrovascular pasaron de 6.500 a 14.000. Cifras que representa un incremento superior al 100% en relación con los valores absolutos previos (Ministerio de la Protección Social, 2010, p.139-150).

Al analizar la mortalidad según sexo durante este periodo se observa que en los hombres predominaron las complicaciones cardiovasculares, las causas externas (como homicidios y accidentes) y los tumores. En las mujeres las complicaciones cardiovasculares, los tumores y las complicaciones respiratorias. Según los datos y estimaciones con los que cuenta el país en relación a la afectación por enfermedades crónicas, se ha considerado que si las tasas de mortalidad continúan con la misma tendencia, estas enfermedades serán las responsables de la muerte de cerca de dos millones de personas en los próximos 10 años, tasa de 6 a 8 veces superior a la de la violencia registrada durante este periodo (Ministerio de la Protección Social, 2010, pp. 142).

### 1.2.2. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Antioquia.

En el año 2012 las muertes producto de enfermedades cardiovasculares, concretamente por infarto agudo de miocardio, figuran en el segundo lugar entre los indicadores de mortalidad. Así, para este año la tasa total de mortalidad fue de 4,5 por cada cien mil habitantes y las tasas más altas registradas fueron las de la mortalidad en menores de 5 años (171,1 x 100.000 menores), la mortalidad a causa de infarto agudo de miocardio (64,8 X 100.000 habitantes), la totalidad de las muertes maternas (53,0 x 100.000 nacidos vivos) y las muertes por homicidios (49,0 x 100.000 habitantes) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012) (Tabla 1).

**Tabla 1: Indicadores macroproblema de mortalidad. Antioquia, 2012.**

Evento	Indicador	Total Antioquia
Menores de 5 años	Casos	892
	Tasa x 100.000 < de 5 años	171,1
Infarto agudo de miocardio	Casos	4030
	Tasa x 100.000 hab.	64,8
Materna total	Casos	40
	Tasa x 100.000 Nacidos vivos	53,0
Homicidio	Casos	3048
	Tasa x 100.000 hab.	49,0
General	Casos	28034
	Tasa x 1000 hab.	4,5

Modificado en base a las estadísticas de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia del año 2012.

Para este mismo año se presentaron las siguientes tasas de mortalidad por infarto agudo de miocardio en las subregiones del departamento de Antioquia. En la subregión del Magdalena Medio fue de 87,6 por cada cien mil habitantes, en la subregión Oriente fue de 74,3, en el Suroeste de 74,2, para el Nordeste de 68,2, la subregión Norte de 62,2, en el Occidente de 58,5, para el Bajo Cauca de 40,5 y la subregión de Urabá de 34,1, tasas por cada cien mil habitantes. Como se puede evidenciar con respecto a los datos descritos hasta el momento, la afectación por enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, particularmente por infarto agudo de miocardio, tiene una alta incidencia en la población del departamento. Además, la subregión del Suroeste ocupa el tercer lugar dentro de las estadísticas departamentales y dentro de esta subregión el municipio de Jardín presenta una tasa más alta que la de Medellín, municipio más poblado del Valle de Aburra (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012) (Tabla 2).

**Tabla 2: Indicadores de mortalidad por infarto agudo de miocardio, por subregión y municipio. Antioquia, 2012.**

Subregión	Causa de muerte	
	Infarto agudo de miocardio	
	Número de casos	Tasa x 100.000 hab.
Magdalena Medio	97	87,6
Oriente	423	74,3
Suroeste	279	74,2
<i>Municipio de Jardín</i>	20	143,2
Valle de Aburra	2509	68,9
<i>Municipio de Medellín</i>	1708	71,4
Nordeste	124	68,2
Norte	157	62,2
Occidente	117	58,5
Bajo Cauca	114	40,5
Urabá	208	34,1
Total Antioquia	4030	64,8

Modificado en base a las estadísticas de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia del año 2012.

En la misma línea de la tendencia de la mortalidad en Antioquia y la subregión del Suroeste anteriormente descrita, se puede evidenciar según el *Análisis de la Situación de Salud del municipio de Jardín* para el periodo 2012-2015, que parte de las estadísticas disponibles en 2011, que la mortalidad se debió a las enfermedades crónicas. De esta manera, las primeras cinco causas de mortalidad registradas fueron las enfermedades isquémicas del corazón (11 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6 casos), el tumor maligno de la tráquea y el pulmón (6 casos), enfermedades cerebrovasculares (6 casos), las enfermedades hipertensivas (5 casos), tumor maligno del estómago (4 casos), diabetes mellitus (3 casos), tumor maligno de la próstata (3 casos), todas las demás enfermedades del sistema respiratorio (3 casos) y la septicemia (2 casos) (Tabla 3) (Carvajal, Guzmán, Díaz, 2012, p.22).

**Tabla 3: Diez primeras causas de mortalidad en el municipio de Jardín, 2011.**

Causa		Femenino (n)	Masculino (n)	Total (n)
1	Enfermedades isquémicas del corazón	6	5	11
2	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2	4	6
3	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3	3	6
4	Enfermedades cerebrovasculares	3	3	6
5	Enfermedades hipertensivas	4	1	5

6	Tumor maligno del estomago	2	2	4
7	Diabetes Mellitus	1	2	3
8	Tumor maligno de la próstata	0	3	3
9	Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	1	2	3
10	Septicemia, excepto neonatal	2	0	2
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>46</b>	<b>90</b>

n= número de casos.

### **1.2.3. El proceso de transición demográfica y envejecimiento poblacional en Colombia, Antioquia y la Subregión del Suroeste.**

Según Caldwell (2001, p. 159), en el proceso de transición epidemiológica los cambios en los patrones de salud y enfermedad están, por demás, directamente relacionados con la transición demográfica y socioeconómica constitutiva del proceso general de modernización que se ha presentado en los hoy países de economías desarrolladas y los que a finales del siglo pasado y actualmente están en vía de desarrollo.

De esta manera, se encuentra que para Colombia el cambio hacia un patrón de enfermedad caracterizado por las enfermedades crónicas, y dentro de este grupo las enfermedades cardiovasculares como primera causa de mortalidad, está íntimamente relacionado con un acelerado proceso de transición demográfica que experimento el país y que inicio a mediados del siglo XX. Esta transición tuvo como consecuencia el cambio en los patrones de morbilidad, mortalidad y un progresivo envejecimiento poblacional. Durante las últimas décadas la transición demográfica en Colombia se caracterizó por un marcado descenso de la fecundidad. Entre 1965 y 1985, la tasa global de fecundidad disminuyo 50%, pasando de 7,0% a 3,7% y a finales del siglo XX fue de 2,5%. La transición tuvo dos fases claramente diferenciadas. En la primera, de 1950 a 1964, la mortalidad descendió y la fecundidad permaneció invariable, en un nivel muy alto. La combinación de una menor mortalidad y una elevada fecundidad llevó a un alto crecimiento de la población. Durante este periodo la población del país creció a una tasa superior a 3%. En la segunda fase de la transición, que comenzó en 1965 y termina en los años 90's, la fecundidad descendió de manera abrupta y el crecimiento de la población disminuyó. Durante este periodo el ritmo de crecimiento anual de la población fue menor al 2%. Los factores que determinaron esta transición fueron el descenso de la mortalidad, a causa de las mejores

condiciones de nutrición, salud y el desarrollo económico, y el descenso de la fecundidad, derivado de la urbanización, disponibilidad de métodos anticonceptivos, avance educativo y cambio de aspiraciones del sexo femenino (Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, 2011, p.15).

Una característica del descenso de la fecundidad y de la reducción de las tasas específicas de mortalidad por edad, es el rápido proceso de envejecimiento de la población. La proporción de niños y jóvenes declina, modificando el equilibrio entre los diferentes grupos poblacionales. Entre 1990 y de 2010 se estimó que hubo una disminución de la población menor de 15 años que pasó del 35% al 31%. Para el año 2010 el 10% de la población era mayor de 60 años (4 millones y medio de individuos) y 7% mayores de 65 años (3 millones de individuos). El incremento en la esperanza de vida ha hecho que la gente viva más tiempo y que pueda tener mayor probabilidad de llegar a la edad madura y a las edades más avanzadas (Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, 2011, p.505). Como consecuencia de la mayor mortalidad masculina, en estos grupos de edad hay muchas más mujeres que hombres. A mayor edad, menor el índice de masculinidad (IM). El IM para la población mayor de 60 años en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010, fue de 81 hombres por cada 100 mujeres. Con el aumento de la edad, el IM disminuye desde 88 entre las personas de 60-64 años hasta 62 entre las de 80 y más años (Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, 2011, p.506).

A nivel del departamento de Antioquia la transición demográfica da cuenta de un envejecimiento poblacional a nivel general y de las subregiones del departamento, expresado en el cambio de sus pirámides poblacionales que dejaron de ser expansivas (población joven) para pasar a ser estacionarias (población madura). Para el año 2012 se estimó que la población del departamento creció un 51% con respecto 1985. Se ha presentado una reducción de la tasa de crecimiento anual que actualmente es de 1,3% y en los próximos 15 años se espera que sea de 1% (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012a). De acuerdo con los indicadores demográficos de la estructura poblacional para el departamento de Antioquia, se ha hecho evidente que en el periodo 1985-2012 el departamento pasó de tener una población joven a una madura y se considera que la población del departamento está envejeciendo y lo hace a un ritmo acelerado. El índice de

envejecimiento aumento durante este periodo, siendo en 2005 casi el doble del registro con que se contaba para 1985 (0,124 frente a 0,225). Finalmente, para el año 2012 este índice fue de 0,286 y se estimó que por cada 100 individuos menores de 20 años, había 29 adultos mayores de 65 años, frente a 12 que había en 1985 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012a).

A nivel de las subregiones existen diferencias a causa de la forma en que han evolucionado sus estructuras poblacionales (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012a). Para la subregión Suroeste, la cual tiene el 6% de los habitantes del departamento, las tasas de crecimiento anual de la población son bajas. Así, desde 1985 hasta 2012 el cambio porcentual de la población fue solo del 2% y se proyecta que en los próximos 10 o 20 años se reducirá. Además, se estimó que el índice de envejecimiento aumento casi el doble. Mientras en 1985 había 13 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes menores de 20 años, hoy hay 25. El índice de niños por mujer en edad reproductiva, por el contrario, ha disminuido. Mientras que en 1985 había 58 niños por cada mujer en edad reproductiva, actualmente hay 38 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012a).

Actualmente se estima que las subregiones del Valle de Aburrá, Suroeste, Oriente y Magdalena Medio, expresan la tendencia que sigue el proceso de envejecimiento poblacional en el departamento. Estas poblaciones ya han pasado a ser maduras, tienen cada vez menos pobladores de 0 a 5 años de edad y los índices de envejecimiento poblacional más altos del departamento (índices de envejecimiento de 0,392, 0,254, 0,248 y 0,241, respectivamente). Así, después del Valle de Aburrá, la subregión Suroeste ocupa el segundo lugar en cuanto al proceso de envejecimiento poblacional que vive el departamento de Antioquia (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2012a).

En la caracterización demográfica del municipio de Jardín del año 2012, el municipio tenía una población de 13.029 habitantes distribuidos según sexos de manera casi equitativa, hombres 49,9% (6.510 individuos), mujeres 50,1% (6.519 individuos). Según la pirámide poblacional de este municipio, gran parte de su población se encuentra entre los mayores de 60 años de edad, lo cual podría ser explicado porque las personas del municipio cuando alcanzan su vejez o jubilación regresan a terminar sus últimos años de vida. Así, de acuerdo a grupos de edad, en el

grupo de 0 a 20 años se encuentra el 32,61% de la población (4.520 individuos), en el grupo de 20 a 40 años, el 26,84% (3.497 individuos), en el grupos de 40 a 60 años, el 25% (3.261 individuos) y en el grupo de mayores de 60 años, el 15,55% (2.021 individuos) (Carvajal, Guzmán, Díaz, 2012, p.14). El municipio además registró una tendencia a la disminución de la tasa bruta de natalidad, la tasa global de fecundidad, la tasa general de fecundidad y de la distribución absoluta de embarazos durante el periodo 2005-2010 (Carvajal *et al.*, 2012, p.37-38), tendencia que de continuar se verá reflejada en el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas y la mortalidad por enfermedades relacionadas con el sistema vascular.

Teniendo en cuenta los planteamientos desarrollados hasta este punto, se puede evidenciar que la situación actual del país corresponde a una transición epidemiológica que se ha venido desarrollando desde las últimas dos décadas, donde las enfermedades infecciosas han sido desplazadas por las enfermedades crónicas no trasmisibles como causa principal de la mortalidad. Esta transición se desarrolló paralelamente a una transición demográfica en la que la población tuvo un ritmo de crecimiento lento y como consecuencia envejeció. Las enfermedades asociadas al sistema circulatorio tienen alta prevalencia a nivel nacional y se constituyen en la primera causa de mortalidad tanto a nivel del departamento de Antioquia como de la subregión Suroeste, incluido el municipio de Jardín.

Por otro lado, aunque las estadísticas abordadas para el contexto nacional y departamental muestran una afectación importante por enfermedades relacionadas con el sistema vascular, así como un progresivo envejecimiento poblacional que favorece la aparición de este tipo de enfermedades, no se conoce la magnitud de la afectación por EAP en muestras representativas de la población del país, ni los factores que determinan su prevalencia y expresión.

Esta enfermedad ha sido subestimada y no aparece, o aparece subordinada, en las estadísticas mundiales o nacionales que hablan de la transición epidemiológica porque no es causa directa de mortalidad, aunque está directamente relacionada con la mortalidad por eventos cardiovasculares, la presencia de aterosclerosis en otros lechos vasculares y comparte factores

de riesgo con la enfermedad isquémica del corazón, cuya manifestación más común es el infarto agudo de miocardio (Gardner *et al.*, 2009) (OMS 2015a).

### **1.3. La enfermedad arterial periférica (EAP) en el espectro de las enfermedades crónicas no transmisibles.**

La enfermedad arterial periférica (EAP), de la cual se ocupará este trabajo, es una afectación que se presenta a nivel arterial y que afecta principalmente a los miembros inferiores. Es una afectación particular de un proceso generalizado conocido como aterosclerosis<sup>1</sup>, que se refiere a un proceso inflamatorio crónico que afecta a las arterias de diferentes lechos vasculares y su lesión básica es la placa de ateroma compuesta fundamentalmente de lípidos, tejido fibroso y células inflamatorias, y que la convierte en una enfermedad sistémica que afecta a arterias de diferentes localizaciones simultáneamente y con diferente grado de progresión (Lahoz *et al.*, 2007, p. 185). Particularmente, la EAP es causada por la aterosclerosis y conduce a un estrechamiento arterial y oclusiones de las arterias que irrigan las extremidades inferiores.

La EAP puede no presentar síntomas y seguir un curso silente o puede manifestarse clínicamente como dolor en los músculos de la pantorrilla –claudicación intermitente– que se presenta al hacer ejercicio, caminar o, en un estadio muy avanzado de la enfermedad, en estado de reposo. Los individuos con claudicación intermitente (CI) tienen un flujo sanguíneo o circulación normal en reposo y por ello no presentan síntomas en las extremidades en este estado. Con el ejercicio las lesiones oclusivas en las arterias que suplen los músculos de las piernas limitan el incremento de flujo sanguíneo, dando como resultado un desbalance entre el suministro de oxígeno y las

---

<sup>1</sup> Según Lahoz *et al.* (2007, p.185) la arteriosclerosis es el término general que denota un engrosamiento y endurecimiento de las arterias, independientemente del tamaño. Cuando afecta a arterias de mediano y gran calibre se conoce como aterosclerosis. Esta última es un proceso inflamatorio crónico que afecta a las arterias de diferentes lechos vasculares y su lesión básica es la placa de ateroma compuesta fundamentalmente de lípidos, tejido fibroso y células inflamatorias. Es una enfermedad sistémica que afecta a arterias de diferentes localizaciones simultáneamente con diferente grado de progresión. Sus manifestaciones clínicas dependen del lecho vascular afectado. En las arterias coronarias se manifiesta por la aparición de síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita. En el cerebro cursa clínicamente como un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) o como un accidente isquémico transitorio (AIT), y los episodios repetidos pueden desembocar en una demencia multiinfarto. En las arterias periféricas, la expresión clínica es la claudicación intermitente o la isquemia aguda de los miembros inferiores.

necesidades metabólicas de los músculos de las piernas, que se asocian a los síntomas de la C.I. En la EAP las anomalías metabólicas adquiridas en los músculos de las extremidades inferiores también contribuyen al desempeño reducido en el ejercicio (Norgren *et al.*, 2007, p. 6A).

Los síntomas de la CI pueden ser típicos –presentarse en la pantorrilla– o atípicos –dolor o molestias en las piernas o las nalgas–. La claudicación típica ocurre en un tercio de los individuos con EAP. Quienes no presentan claudicación intermitente típica también tienen limitaciones para caminar que pueden estar asociadas con claudicación atípica o síntomas diferentes de los de las extremidades. Los síntomas de la claudicación intermitente típica pueden no ocurrir en individuos que presentan comorbilidades que impiden el desarrollo de suficiente actividad como para producir síntomas en los miembros afectados (enfermedad pulmonar severa o enfermedades musculoesqueléticas) o en individuos cuyas condiciones no permiten el desarrollo de actividad física (Norgren *et al.*, 2007, p. 6A-7A).

La EAP tiene además implicaciones importantes a nivel funcional de los miembros donde se presenta, ya que la severidad de la afectación, determinada a partir del índice tobillo brazo<sup>2</sup> (ITB), está directamente relacionada con la distancia que un individuo es capaz de recorrer diariamente o en su tiempo libre. No es una enfermedad estática y el empeoramiento de sus síntomas desde la claudicación intermitente, hasta el dolor en reposo o gangrena, puede ocurrir en cualquier momento en 2% al 7% de los individuos que la padecen anualmente (Gardner *et al.*, 2009).

La probabilidad de que la EAP curse desde una manifestación clínica asintomática a la sintomática es mucho menor que la de morir a causa de enfermedades isquémicas del corazón (Creager *et al.*, 2012). La tasa de eventos cardiovasculares adversos como infarto agudo de miocardio y accidentes cerebrovasculares entre quienes presentan EAP, es del 5% a 7% al año, con una probabilidad del 30% de presentar en un periodo de 5 años eventos no fatales y del 35% para eventos fatales (Mc Gorrian *et al.*, 2012).

---

<sup>2</sup> Cálculo que se determina a partir de las diferencias en la presión arterial sistólica en brazos y tobillos.

Así, la enfermedad arterial periférica hace parte del espectro de enfermedades relacionadas con el sistema vascular, las cuales son la primera causa de mortalidad por enfermedades crónicas en el mundo. Debido a que los principales eventos cardiovasculares responsables de la mortalidad por enfermedades crónicas son el infarto agudo de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, ha existido poca atención sobre la EAP como una afectación particular con un impacto negativo para la calidad de vida y un incremento en las probabilidades de morir de enfermedades cardiovasculares en los individuos que la padecen.

### **1.3.1. Enfermedad arterial periférica y coexistencia de afectación en otros territorios vasculares.**

Según Fowkes (2001, p. 863), si bien el diagnóstico de esta enfermedad ha sido subvalorado considerándola como simplemente una afección implícita al proceso de envejecimiento vascular, actualmente se le está dando más importancia como un indicador del avance o estado de desarrollo de los efectos negativos asociados a la aterosclerosis generalizada. Esto reviste una gran importancia debido a que los individuos que presentan EAP presentan además, en un mismo momento, algún tipo de afectación a nivel coronario, cerebrovascular o en ambos lechos vasculares.

#### ***Enfermedad coronaria:***

La enfermedad arterial periférica, enfermedad arterial coronaria y enfermedad cerebrovascular son manifestaciones de la aterosclerosis que pueden presentarse juntas de manera común. Estudios sobre la prevalencia de enfermedad cardiovascular en individuos con EAP muestran que la historia, la examinación clínica y el electrocardiograma, identifican una prevalencia de enfermedad arterial coronaria y de enfermedad arterial cerebral en el 40% a 60% de tales individuos (Norgren *et al.*, 2007, p.12A).

En el estudio PARTNERS, el 13% de los sujetos evaluados tuvieron EAP -entendida como un índice tobillo brazo (ITB)  $<0,90$  mm/hg- relacionado con enfermedad arterial coronaria o enfermedad cerebrovascular, que se presentó de forma asintomática. Así, 16% presentó EAP y

simultáneamente enfermedad arterial coronaria o enfermedad cerebrovascular. De otro lado, un 24% tuvo simultáneamente enfermedad arterial coronaria y enfermedad cerebrovascular, aunque un valor ITB normal (Hirsch *et al.*, 2001, p. 24)

La prevalencia de EAP en pacientes con enfermedad isquémica del corazón varía entre el 10% y 30%. Estudios de autopsias han mostrado que los individuos que murieron de infarto agudo de miocardio tienen el doble de posibilidad de presentar estenosis significativa en las arterias iliaca y carótida, en comparación con los que fallecieron por otras causas (Norgren *et al.*, 2007, p.12A).

### ***Enfermedad Cerebrovascular:***

El nexo entre EAP y enfermedad arterial cerebral parece ser más débil que con la enfermedad arterial coronaria. Por medio de examen con dúplex se ha encontrado que la enfermedad a nivel de la arteria carótida ocurre en 26% a 50% de los individuos que tienen claudicación intermitente –EAP sintomática–, pero solamente un 5% de los individuos con EAP tendrán un evento cerebrovascular (Norgren *et al.*, 2007, p. 12A).

En 2006 el estudio REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) encontró que entre los sujetos que presentaron enfermedad arterial periférica, 4,7% presentaba al mismo tiempo, enfermedad arterial coronaria, 1,2% enfermedad arterial cerebral y 1,6% presentaba ambas. Así, en este estudio cerca del 65% de los sujetos con EAP presentaron evidencias clínicas de otra enfermedad vascular asociada (Bhatt *et al.*, 2006, p. 9). Sin embargo, en un estudio prospectivo de 1889 individuos con una edad mayor o igual a 62 años, solo 37% de los sujetos no presento evidencia de la enfermedad en ningún otro de los tres territorios (Aronow & Ahn, 1994, p. 5).

Además de la afectación en diferentes lechos vasculares que simultáneamente pueden presentar los individuos con EAP, para la enfermedad se han identificado factores que determinan la su expresión. A continuación se presentan los principales factores.

### **1.3.2. Factores de riesgo para la EAP.**

#### ***Pertenencia étnica.***

La epidemiología de la enfermedad en diferentes grupos poblacionales indica que no pertenecer al patrón racial blanco es un factor de riesgo. Entre la población negra el riesgo de EAP se incrementa alrededor de 2 veces y este riesgo no se explica por niveles más altos de otros factores de riesgo como la diabetes, hipertensión o la obesidad (Criqui *et al.*, 2005, p. 7).

Se ha descrito además una alta prevalencia de afectación de las arterias distales de jóvenes surafricanos y según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en EEUU, se encontró que un ITB <0,9 mm/hg era más común entre la población negra no hispánica (7,8%) que en la población blanca (4,4%) (Selvin *et al.*, 2004, p.43). Tal diferencia en la prevalencia de la EAP fue confirmada por el estudio GENOA (Genetic Epidemiology Network of Artheriopathy) que mostró también que la diferencia no era explicada por una diferencia en los factores de riesgo clásicos para aterosclerosis (Kullo *et al.*, 2003, p. 42)

#### ***Sexo.***

La prevalencia de la EAP, sintomática o asintomática, es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, particularmente en los grupos de edad más jóvenes. En sujetos con claudicación intermitente la proporción entre hombres y mujeres es de entre 1:1 y 2:1, respectivamente. Esta proporción incrementa en algunos estudios hasta 3:1 en etapas más severas de la enfermedad como la isquemia crónica de los miembros inferiores. Otros estudios sin embargo han mostrado una distribución más equitativa entre géneros e incluso predominancia de mujeres con isquemia crítica de los miembros inferiores (Norgren *et al.*, 2007, p.7A).

#### ***Consumo de tabaco.***

Se ha sugerido que la asociación entre el consumo de tabaco y la EAP pueden ser más fuerte que la relación del tabaquismo con la enfermedad arterial a nivel coronario. Es posible la realización de un diagnóstico de EAP aproximadamente una década más temprano en fumadores que en no

fumadores. La severidad de la enfermedad tiende a incrementarse con el número de cigarrillos fumados. Para las personas que tienen fuertes hábitos de consumo de cigarrillo se ha estimado un riesgo 4 veces más alto de desarrollar claudicación intermitente comparada con los no fumadores (Norgren *et al.*, 2007, p.7A). Según los resultados del Estudio Arterial de Edimburgo, la suspensión del hábito está asociada con una reducción en la incidencia de claudicación intermitente, ya que el riesgo relativo en este estudio fue de 3,7 en los fumadores, comparado con 3,0 en ex fumadores, al tomar como base un tiempo de suspensión del hábito tabáquico por un periodo al menos 5 años (Fowkes *et al.*, 1991, p.92).

### ***Diabetes Mellitus.***

Se considera que la presencia de diabetes mellitus aumenta el riesgo de sufrir EAP entre 2 y 4 veces y al estudiar las características de la población con EAP, se encuentra que la diabetes mellitus está presente en 12 a 20% de las personas (Hirsch, Haskal & Hertzner, 2006, p. 465). En cuanto a los síntomas de la EAP en las personas con diabetes, en el estudio Framingham se encontró que esta enfermedad aumentaba el riesgo de presentar claudicación intermitente 3,5 veces en hombres y 8,6 veces en mujeres. Además de ello, el riesgo de desarrollar EAP es proporcional a la severidad y duración de la diabetes. Así, los diabéticos con EAP tienen 7 a 15 veces más riesgo de complicaciones graves como una amputación, donde contribuyen factores propios de la diabetes (Norgren *et al.*, 2007; Hirsch *et al.*, 2006, citados por García *et al.*, 2009, p.15).

### ***Hipertensión.***

Aunque se ha encontrado asociación de la hipertensión con la EAP, es generalmente más débil que con la enfermedad coronaria y con la enfermedad cerebrovascular y no es consistente en los diferentes estudios. En el estudio Framingham se encontró que la hipertensión aumentaba el riesgo de claudicación intermitente 2,5 veces en hombres y 4 veces en mujeres, siendo este riesgo proporcional al aumento de la presión arterial (García *et al.*, 2009, p.17).

### ***Dislipidemias.***

Las anormalidades de los lípidos asociadas a EAP son la elevación del colesterol total, el colesterol LDL<sup>3</sup>, de los triglicéridos y la disminución del colesterol HDL<sup>4</sup>. El riesgo de sufrir EAP aumenta en 5-10% por cada 10 mg/dl de aumento del colesterol total; al comparar los sujetos con EAP con controles normales se encuentra que los niveles de colesterol LDL son más altos y los de HDL más bajos, pero con respecto a los triglicéridos, no hay claridad en los estudios (García *et al.*, 2009, p.16).

En el estudio Framingham, un nivel de colesterol mayor a 270 mg/dl, se asoció con un aumento de dos veces la incidencia de claudicación intermitente. Y aunque algunos estudios han mostrado al colesterol total como un poderoso factor de riesgo independiente para la presencia de EAP, otros no han podido confirmar dicha asociación; lo que si se ha sugerido es que el tabaquismo podría potenciar el efecto de la hipercolesterolemia en la presencia de EAP (García *et al.* 2009, p.16).

### **1.3.3. Epidemiología de la enfermedad arterial periférica (EAP).**

La prevalencia de la enfermedad en su manifestación asintomática solo puede ser estimada mediante el uso de métodos de diagnóstico no invasivos en la población general. El método más ampliamente usado es la medición del índice de la presión sistólica de tobillos y brazos o Índice Tobillo Brazo (ITB). Un valor  $ITB \leq 0,90$  mm/hg es causado por obstrucción arterial hemodinamicamente significativa en las piernas y es usado como criterio para el diagnóstico de EAP. La prevalencia total de la enfermedad evaluada en varios estudios epidemiológicos se encuentra ubicada en el rango del 3% al 10%, incrementando en 15% a 20% en personas mayores de 70 años (Criqui, Fronek, Barret, Klauber, Goodman, 1985, p. 5) (Selvin & Erlinger, 2004, p. 43).

---

<sup>3</sup> Lipoproteínas de baja densidad. Estas están asociadas a diversos problemas de salud por lo que el criterio medico recomienda mantener bajos sus niveles.

<sup>4</sup> Lipoproteínas de alta densidad. Tienen un efecto sinérgico con las anteriores que ayuda a que las primeras puedan ser metabolizadas más eficientemente. Las lipoproteínas de alta densidad en un nivel alto generalmente no se consideran como problemáticas desde el criterio biomédico.

En individuos con EAP sintomática, que presentan claudicación, un ITB  $\leq 0,90$  tiene una sensibilidad de aproximadamente 95% en la detección positiva de la enfermedad y una especificidad de casi 100% en la identificación de individuos sanos. Utilizando este criterio algunos estudios han buscado pacientes asintomáticos y sintomáticos en la misma población, encontrándose que la proporción aproximada es que por cada individuo que presenta enfermedad arterial periférica y que presenta síntomas de dolor en las piernas, claudicación intermitente, pueden haber de 3 a 4 individuos con enfermedad arterial que no presentan claudicación intermitente y que no han sido diagnosticados, proporción que se presenta independiente de la edad (Norgren, 2007, p. 6A).

En el Estudio Arterial de Edimburgo se encontró que un tercio de los pacientes con EAP asintomática presentaban oclusión completa de alguna de las arterias de las piernas (Fowkes, Housley, Cawood, Macintyre, Ruckley & Prescott, 1991, p. 92). En el estudio PARTNERS<sup>5</sup> realizado con la participación de 6979 individuos, se detectó la enfermedad en el 29% de toda la población, 1865 sujetos. De este porcentaje 5,5% de los sujetos que presentaron EAP y que no habían sido diagnosticados previamente presentaron síntomas de claudicación intermitente. 12,6%, que previamente habían sido diagnosticados, también presentaron síntomas de claudicación (Hirsch, Criqui, Jacobson, Regensteiner, Creager & Olin, 2001, p. 24).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición aplicada en los Estados Unidos en el año 2000, reportó en base a una muestra aleatoria de 2174 sujetos mayores de 40 años, utilizando como criterio un ITB  $\leq 0,9$ , una prevalencia de EAP de 2,5% para el grupo de edad entre 50 a 59 años de edad y de 14,5% en el grupo entre 70 y >70 años de edad (Selvin *et al.*, 2004, p.43).

En autopsias llevadas a cabo en adultos asintomáticos, 15% de los hombres y 5% de las mujeres, presentaron una estenosis mayor o igual al 50% en alguna de las arterias que irriga las piernas. Este dato es interesante si se tiene en cuenta el hecho de que del 20% al 30% de los individuos

---

<sup>5</sup> Utilizó como criterio un ITB  $\leq 0.9$  o historia de revascularización en las extremidades inferiores en 6979 sujetos en el rango de edad de 70 o más años de edad o entre 50 a 69 que presentaran un factor de riesgo para enfermedades vasculares, diabetes y consumo de tabaco.

que no presentaban síntomas para enfermedad arterial periférica, al realizarles autopsias se encontró oclusión completa de al menos una de las arterias coronarias (Norgren *et al.*, 2007, p.6A).

De otro lado la enfermedad sintomática se diagnostica por historia de dolor muscular en la pierna durante el ejercicio, claudicación intermitente, que es aliviado por un corto tiempo de descanso. Debido a esto, la mayoría de los pacientes con EAP tiene un desempeño limitado para el ejercicio y para caminar, asociándose a la EAP con funcionalidad física y calidad de vida reducida (Norgren *et al.*, 2007, p. 6A). Se estima que su prevalencia parece incrementar de alrededor del 3% en sujetos en el grupo de edad de 40 años, a 6% en pacientes en el grupo de edad mayor o igual a 60 años. Además, en los grupos de edad relativamente jóvenes la claudicación intermitente es más común en hombres que en mujeres, pero a medida que incrementa la edad hay poca diferencia entre ambos grupos (Norgren *et al.*, 2007, p.6A-7A).

Este trabajo está interesado en ampliar el espectro de enfermedades evaluadas en la investigación matriz realizada en Jardín, tomando como tema de investigación a la EAP. Ya que en el departamento de Antioquia no se han realizado estudios de prevalencia sobre esta enfermedad y debido a que su estimación en la población es relativamente sencilla, esta investigación, de carácter exploratorio, pretende estimar su magnitud, distribución y factores determinantes en una muestra poblacional pertenecientes a la cabecera municipal del municipio de Jardín, Antioquia.

Este tipo de estudios revisten una gran importancia puesto que pueden ser de gran ayuda para el entendimiento de la carga de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas en el país y el departamento de Antioquia, en el contexto general de la transición epidemiológica. En tal sentido, los resultados de este trabajo pueden contribuir al direccionamiento de futuras acciones de atención, promoción y prevención por parte de la red hospitalaria del municipio y de las autoridades en salud del departamento.

Teniendo en cuenta lo anterior, la primera pregunta de investigación de este trabajo es de carácter epidemiológico y pretende conocer: *¿cuál es la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y de los factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y comportamentales*

*presentes en la población del municipio de Jardín? De otro lado, ¿cuál es la asociación de estos factores de riesgo con respecto a la EAP?*

Desde la antropología médica se ha precisado que la salud y la enfermedad además de ser hechos de orden biológico, son también construcciones sociales en las que se presenta una mediación entre los significados y valores culturales que una comunidad, los grupos sociales dentro de esta y los individuos, atribuyen a este proceso (Menéndez, 1994). De allí se deriva que los comportamientos con relación a la salud, la enfermedad, las opciones terapéuticas y sistemas de atención en salud, parten desde un marco complejo de interrelaciones pragmáticas y simbólicas que se encuentran en negociación constante y que sirven de guía para las acciones que los individuos toman para conservar o reestablecer la salud (Kleinman, 1980).

#### **1.4. El papel de una etnografía de la salud vascular.**

Ante el creciente aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en el país, evidenciado en apartados anteriores, se hace visible la necesidad de comprender y evaluar aspectos relacionados con el manejo de este tipo de enfermedades y su impacto en la calidad de vida del individuo. Estos aspectos tienen una relación directa con los contextos culturales y sociales donde ocurren, ya que en todas las sociedades, las actividades relacionadas con el cuidado de la salud están interrelacionadas y por ello deben abordarse de una manera holística, como respuestas a la enfermedad que se organizan socialmente y que constituyen formas culturales legitimadas de atender los procesos de enfermedad (Kleinman, 1980, p.24).

Según Vinaccia y Quiceno (2012, p.127) las enfermedades crónicas pueden definirse como un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación persistente de los estilos de vida de una persona. Ya que las enfermedades del sistema circulatorio son trastornos crónicos, a estas subyacen no solo formas particulares de afectación sino también símbolos, etiquetamientos sociales y formas de atención que se expresan en la forma en que el individuo afectado percibe su estado físico y relaciones interpersonales (Martin & Leventhal, 2004, p. 300-304). Tales aspectos no solo se derivan de la concepción particular que los individuos construyen frente a su

enfermedad, sino también a partir de la integración de actores sociales e instituciones relacionadas con el cuidado de la salud en un marco social y cultural dado (Menéndez, 1994) (Kleinman, 1980).

Así, la medicina puede ser entendida como un sistema cultural, un sistema de referentes simbólicos anclados en estructuras particulares de instituciones sociales y patrones de interacción interpersonal (Menéndez, 1994, p. 71-72) (Samuelsen, 2004, p.35). La totalidad de estas interrelaciones constituye formas culturales de atención e integran los componentes de la sociedad relacionados con la salud, como son: patrones de creencias sobre las causas de la enfermedad, normas que gobiernan la elección y evaluación de formas particulares de tratamiento, roles, estatus, relaciones de poder socialmente legitimadas, contextos de interacción e instituciones, en las que pacientes y curanderos –tradicionales, populares o del área biomédica– son componentes básicos dentro de configuraciones específicas de significación cultural y relaciones sociales, por fuera de las cuales no pueden ser entendidos (Kleinman, 1980, p. 24-25).

Aunque según Vinaccia & Quiceno (2012, p. 125) los aspectos que pueden ser abordado desde el enfoque de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hacen referencia a los estados de satisfacción personal, percepciones sobre síntomas, el estado de discapacidad o los sentimientos que subyacen a la enfermedad, este trabajo parte de plantear que si bien este concepto puede ser tomado de manera amplia, como marco interpretativo de las disrupciones del estado de salud y la forma en que los individuos conviven con sus padecimientos, un abordaje desde los conceptos de la antropología médica y los métodos de la bioantropología, entre ellos la etnografía, permite un enfoque de mayor envergadura sobre el proceso salud-enfermedad.

Así, no solo se tomaría al individuo en relación con su enfermedad, sino que también se consideran como aspectos relevantes la totalidad de elementos, relaciones y contextos de interacción que conforman el entorno social y cultural de quien padece la enfermedad. Una etnografía de la salud vascular además presenta la ventaja de que no hace necesario reducir la enfermedad y sus manifestaciones a instrumentos estandarizados, aplicables sólo a las enfermedades o patologías específicas para las que se diseñan.

Actualmente en el país se cuentan con algunos instrumentos direccionados a la evaluación de dimensión CVRS, pero no se han aplicado este tipo de enfoques para evaluar la afectación derivada de la EAP, por lo que el interés que guía la presente investigación es el de visibilizar y entender las tramas de significación cultural, en cuanto a creencias, representaciones, prácticas relacionadas con el manejo de la EAP, el cuidado de la salud vascular y las estrategias para el restablecimiento o conservación del estado de salud.

Visto de manera global los aspectos antes mencionados integran el universo sociocultural de la atención en salud, los cuales pueden ser abordados desde un acercamiento etnográfico que no puede sintetizarse en un instrumento ya dado, como podría esperarse desde el concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), aunque este parta desde la visión del individuo y tenga una orientación hacia la aprehensión de los significados que se atribuyen a la enfermedad. En este sentido, el entendimiento guiado desde el marco etnográfico es más amplio y relacional, ya que se parte desde propuestas conceptuales que la antropología, particularmente la antropología médica, ha desarrollado para entender no sólo como se da el proceso de enfermar en el individuo, sino también como éste, a partir de su convivencia con el padecimiento, hace parte también de agrupaciones sociales, como la familia, y se relaciona con otros actores sociales dentro del *campo de lo médico*. Este campo no solo hace referencia la totalidad de instituciones, actores y relaciones que se tejen en relación en el cuidado de la salud, sino también a determinadas posiciones dentro de un espacio sociocultural (Samuelsen, 2004).

Según Samuelsen (2004, p. 30) el *campo medico* es una noción que hace referencia a la coexistencia de varios modelos médicos en las distintas sociedades y grupos culturales, la relación que estos elementos establecen y la posición que ocupan dentro de un contexto en un momento determinado del tiempo. Estos modelos cuentan con sus propios curanderos -personal que realiza actividades tendientes a curar la enfermedad y sus padecimientos- e instituciones para el cuidado de la salud. A su vez, dentro de este campo, los médicos, curanderos e instituciones se posicionan a sí mismos y son posicionados por las elecciones que realiza la persona que padece alguna dolencia y sus familiares (Samuelsen, 2004, p.30).

Samuelsen (2004, p. 30) toma la noción de capital planteada por Bourdieu para dar cuenta del funcionamiento del *campo o espacio social de lo médico*. Un campo o espacio social es un locus para la confrontación de discursos que compiten, un campo de opinión. A su vez, este campo limita con o hace visible el universo de la doxa -sentido común o consenso sobre el sentido del mundo- en el que el mundo natural y social aparece como evidente en sí mismo (Bourdieu, 1977, p.164, citado por Samuelsen, 2004, p.36). Esta noción es empleada para describir y analizar las relaciones entre la posición que ocupan los actores o instituciones dentro de determinado campo o espacio social. El capital es entendido como una fuerza fundamental que puede ser de tipo económico, cultural, social o simbólico. El capital económico está conformado por los diferentes medios de producción e ingresos, como el salario, y ganancias que se obtienen. El capital cultural corresponde a todos los conocimientos a nivel intelectual y artístico generados por la educación o transferidos por la familia o la comunidad. El capital social se define esencialmente como todas las relaciones sociales de las que dispone un individuo o grupo social (Bonnwitz, 1998, p.43-44).

El capital simbólico se refiere a varios rituales o actividades relacionadas con el honor y el reconocimiento social. Este se convierte en poder simbólico o violencia simbólica cuando es reconocido y legitimado a nivel social (Bourdieu, 1990, p. 111). De esta manera la dinámica que sigue un determinado campo social depende de la configuración estructural particular de las diferentes formas de capital. En otras palabras, son los diferentes tipos de tensiones entre las formas de capital las que definen un campo o espacio social específico (Bourdieu, Wacquant, 1996, p. 88-89). Los actores que coexisten dentro de un campo poseen las cuatro formas de capital aunque en diferente grado. Así, la posición que actualmente se ocupa dentro de un campo específico o espacio social depende de la fuerza o valor actual de las diferentes formas de capital puestas en marcha en un momento dado del tiempo y el espacio (Samuelsen, 2004, p. 30).

Los individuos no expertos, es decir, quienes padecen la enfermedad y su familia, se posicionan a sí mismos en el campo médico. En los casos de enfermedad y ante las dolencias estos toman decisiones acerca del itinerario terapéutico a seguir. Tales decisiones se toman a partir del conocimiento que se tiene de los otros actores e instituciones que existen en este espacio social y operan como una suerte de maniobras o estrategias que los posicionan en lugares determinados

del campo médico. Las dinámicas de un espacio social, como el campo médico, yacen precisamente en la configuración estructural de los tipos o formas de capital. Así, los actores que conforman tales espacios cambian su posicionamiento a través del tiempo al poner en juego las distintas formas de capital que poseen (Samuelsen, 2004, p. 36).

Un aspecto relevante de la realización de una etnografía de la salud vascular son los comportamientos relacionados con la búsqueda de atención en salud, pues en ocasiones estos pueden no ser detonados o guiados exclusivamente por la presencia de la enfermedad y sus padecimientos, es decir que el individuo tenga conocimiento de que presenta afectación, sino también por los cambios en la forma en que estos entienden su enfermedad y la respuesta afectiva que tienen hacia los episodios más crónicos de su dolencia (Martin & Leventhal, 2004, p. 300).

Según Safer, Tharps, Jackson y Leventhal (1979, citados por Martin y Leventhal, 2004, p.300) el periodo de tiempo comprendido entre la detección de los síntomas y la búsqueda de atención en salud no corresponde a un intervalo vacío. A este proceso se conoce como periodo de autoreferencia, es decir el momento en que un individuo se decide a consultar e inscribirse como paciente en algún sistema de atención en salud. Tal proceso está compuesto por tres niveles. El primero corresponde a un periodo de evaluación, definido por las actividades direccionadas a determinar si los síntomas que se experimentan, son un indicador de enfermedad. El segundo momento se denomina retardo del padecimiento y comprende los intentos por determinar si estos requieren de atención médica. Por último, el tercer momento corresponde a la adscripción a un sistema de atención en salud determinado y comprende el periodo de tiempo transcurrido desde que se da el juicio de que se requiere intervención médica y el contacto directo con proveedores de atención en salud.

El hecho de que los síntomas contribuyen a la búsqueda de atención en salud es incuestionable. Un ejemplo es que casi la mayoría de los individuos que acuden a consultar en los sistemas de atención en salud de una comunidad o grupo determinado se presentan con quejas que hacen referencia a la manifestación previa de síntomas. Sin embargo, el desplazamiento desde la percepción de los síntomas hasta el acceso a la atención en salud es afectado por una multitud de

eventos en el intermedio de los procesos de evaluación de los síntomas y la demora del padecimiento, por lo que debe partirse de que la asociación entre síntomas y los comportamientos relacionados con buscar atención en salud en ocasiones no se dan de manera directa (Martin & Leventhal, 2004, p.300). Así, la forma en que los individuos perciben su enfermedad y etiquetan los síntomas relacionados con esta puede ser diversa. Los tipos de etiquetamientos hacia la enfermedad pueden variar desde aspectos considerados como benignos o peligrosos, tanto en cuanto al nivel del malestar percibido, como del grado en que dificultan el desarrollo de las actividades cotidianas (Martin & Leventhal, 2004, p.300).

Un aspecto relevante para el estudio de los comportamientos relacionados con el proceso de buscar atención en salud en relación a los padecimientos del sistema vascular, es que los síntomas moderados a veces pueden estar asociados a afectaciones severas de una enfermedad, mientras que algunos síntomas que tienen implicaciones para el desarrollo de las actividades cotidianas no son necesariamente considerados por los individuos como marcadores de una patología grave (Martin & Leventhal, 2004, p.301).

Además, la percepción que los individuos y los grupos sociales construyen sobre su padecimiento, no siempre conlleva al comportamiento de autoreferencia -búsqueda de atención y autoadscripción de los individuos a un sistema de atención en salud- sino que en ocasiones puede optarse por el manejo de los síntomas por cuenta propia, sin la intervención de profesionales de la salud. Esto puede traducirse en que algunos individuos tardan en acudir a atención médica, aun cuando algunos de sus síntomas puedan ser potencialmente peligrosos. Ejemplo de esto es el caso del infarto agudo de miocardio. La demora en la autoadscripción o búsqueda de atención en el contexto del desarrollo de un infarto agudo de miocardio es un obstáculo para acceder a tratamiento efectivo y está directamente relacionado con la morbilidad y mortalidad de las personas que presentan este tipo de afectación vascular (Martin & Leventhal, 2004, p.301). Así, todos los individuos de todos los grupos sociales son continuamente confrontados con la tarea de tener que diferenciar entre los síntomas triviales de aquellos que pueden ser potencialmente peligrosos (Martin & Leventhal, 2004, p.300).

En relación con estos aspectos, lo que guía las estrategias de acceso a la atención en salud con respecto a los síntomas percibidos son las explicaciones construidas por los propios individuos sobre su enfermedad. Según Heider (1958) (citado por Martin & Leventhal, 2004, p. 304), la persona que padece o experimenta el dolor o sufrimiento derivado de una enfermedad o dolencia, formula diagnósticos desde su posición de no expertos, crean sus diagnósticos en cuanto a que interpretan síntomas y seleccionan procedimientos para hacer frente a sus dolencias. Así como cualquier médico evalúa de manera sistemática la condición de sus pacientes, las personas no expertas están al tanto, aunque de manera no formal, de la calidad, inicio y duración de sus síntomas. Estos a su vez son comparados con las experiencias previas que ha vivido el individuo o que han reportado otras personas. Los patrones de variación de los síntomas son evaluados a la luz de la posibilidad de que factores como los ambientales, o de otro tipo, hayan influido de manera potencial o hayan tenido un rol causal en el cambio o manifestación de los padecimientos. De esta manera, el afligido formula sus propios diagnósticos. Mientras que un médico puede consultar con sus colegas en el caso de estar ante un caso de difícil manejo, los no expertos pueden acudir a los miembros de su familia o amigos para obtener información adicional, a la comparación de casos y al apoyo social (Heider, 1958, citado por Martin & Leventhal, 2004, p. 304).

Desde esta perspectiva, siguiendo a Martínez (2008, p.83) las orientaciones interpretativas basadas en la causalidad de la enfermedad, característica de los estudios epidemiológico, dan paso a una comprensión de la enfermedad como símbolo o texto que es interpretable en términos de un contexto etnográfico. Así, el análisis etnográfico según Geertz (1997, p.24) consiste en desentrañar las estructuras de significación y en determinar su campo social y su alcance. Además, es descripción densa en cuanto a que lo que encara el etnógrafo es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse una manera, para captarlas primero y para explicarlas después. Hacer etnografía es como tratar de leer, en el sentido de interpretar un texto, los ejemplos volátiles de conducta modelada. Además de esto, la descripción etnográfica se distingue por ser interpretativa, en tanto que lo que interpreta es el flujo del discurso social, y que la interpretación

consiste en tratar de rescatar lo dicho en ese discurso de sus ocasiones precedidas, fijándolo en términos susceptibles de consulta (Geertz, 1997, p.32).

Teniendo en cuenta esta perspectiva y siguiendo a Clifford Geertz, un abordaje desde lo etnográfico plantea que la tarea de la antropología como disciplina interpretativa obedece a establecer la significación que determinadas acciones sociales tienen para sus actores y la enunciación de lo que el conocimiento así alcanzado muestra sobre la sociedad a la que se refiere y, más allá de ella, sobre la vida social como tal. Por ello la etnografía tiene la doble tarea de descubrir las estructuras conceptuales que informan los actos de los sujetos culturales y la construcción de un sistema de análisis que permita hacerlas explícitas y que destaque lo que es permanente frente a los otros factores determinantes de la conducta humana (Geertz, 1997, p. 37-38).

El abordaje etnográfico que permite construir el esquema local de atención en salud en un contexto dado y entender los comportamientos relacionados con la búsqueda de atención en salud, se desarrolla a partir del concepto de *sistema de atención en salud*. Este remite a un modelo conceptual, no a una entidad concreta, y permite un acercamiento a las actividades relacionadas con la salud a partir de lo que piensa un actor o grupo específico dentro de un contexto sociocultural dado, además de la forma en que estos actúan dentro de este y usan sus componentes. Durante este proceso se hacen explícitas las creencias sobre la enfermedad, las decisiones que se toman para manejarla y responder a episodios específicos de su desarrollo. Surgen, además, aspectos relacionados con las expectativas y la evaluación que realizan los individuos y su núcleo social las formas disponibles de tratamiento (Kleinman, 1980, p.25-26).

En conclusión, como las actividades que los grupos humanos constituyen frente a proceso de enfermar se derivan de una construcción social por parte de las comunidades e individuos de un marco cultural dado, es necesario entender los marcos transaccionales que estructuran la búsqueda de atención en salud y las representaciones sobre la enfermedad (Menéndez, 1994). En este sentido, los saberes y prácticas con respecto a la salud y la enfermedad dependen de categorías, representaciones, roles, actitudes y creencias derivadas de marcos culturales que definen la validez y legitimidad en cuanto a los sistemas de atención en salud y sus formas de

tratar la enfermedad y al individuo (Kleinman, 1980, p.35). En estos marcos se presentan constantemente transacciones e intercambios en cuanto a conocimientos en salud, opciones terapéuticas y percepciones sobre lo que se considera como salud, enfermedad y riesgo. A partir de estos elementos que operan a nivel sociocultural los individuos toman decisiones con respecto al manejo de la salud y posicionan las técnicas, actores e instituciones que entran en relación en el cuidado de la salud dentro de un contexto determinado (Samuelsen, 2004, p.30).

En este trabajo se abordará a la enfermedad arterial periférica (EAP) desde un enfoque bioantropológico en el que, además de las formas de representación propias de la epidemiología, se partirá de la perspectiva de la etnomedicina y el método etnográfico con la intención de reconstruir desde los relatos de quienes padecen la enfermedad, los itinerarios terapéuticos o las diferentes etapas recorridas en búsqueda de atención en salud. Estos a su vez condensan las creencias, prácticas y significados socioculturales atribuidos a la enfermedad y permiten entender cómo estos aspectos tienen alguna influencia sobre la toma de decisiones frente a la salud y la configuración de las estrategias asumidas para hacer frente a la enfermedad.

Además de ello, este estudio pretende elucidar, en relación a los sistemas de atención en salud disponibles a nivel local, algunos de los determinantes de tipo sociocultural que pueden configurar las redes sociales de apoyo del enfermo, así como los problemas que surgen durante el proceso de comunicación clínica, la adherencia o no a los tratamientos y la consulta con profesionales de la salud o personas reconocidas como alternativa terapéutica.

Así, el enfoque etnográfico pretende aportar información sobre el manejo que la población tiene de la enfermedad, las estrategias para conservar el estado de salud o reestablecerlo, los diferentes tipos de tratamientos que se eligen, las instituciones y alternativas para el cuidado de la salud presentes en la comunidad. Estos aspectos se condensan en la segunda pregunta de investigación cuyo interrogante es *¿Cuáles son los itinerarios terapéuticos, así como las creencias, prácticas en salud, actitudes, estrategias y concepciones sobre la salud y la enfermedad que subyacen a la EAP y sus factores de determinantes en la población de la cabecera municipal del municipio de Jardín?*

## **2. Marco teórico:**

Este apartado corresponde a los conceptos que abordará este trabajo, los cuales se estructuran a grandes rasgos en dos apartados. El primero recoge los conceptos planteados desde el ámbito de la biomedicina y la epidemiología para acercarse a las realidades que implican el proceso salud-enfermedad. El segundo apartado, presenta los conceptos que desde la antropología médica se han desarrollado para el abordaje del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva que involucra lo social y el plano de la cultura.

A continuación, se presenta la concepción general de la salud y la enfermedad derivada desde el modelo biomédico, así como los conceptos de riesgo, factores de riesgo y de protección que desde la epidemiología son claves para el estudio de la distribución de las disfunciones biológicas dentro de una población determinada. Se presenta además la fisiopatología de la enfermedad arterial periférica, su clasificación clínica y la progresión de su afectación.

### **2.1. Conceptos desde la biomedicina y la epidemiología para entender la salud y la enfermedad.**

El modelo biomédico de las enfermedades se ha construido a partir de un isomorfismo entre categorías médicas (nosologías) y hechos (enfermedades) que ha ubicado por fuera de la esfera de atención al propio enfermo, a su biografía, su mundo local y también a sus condiciones sociales y materiales de existencia. La enfermedad y no el enfermo es la prioridad de la biomedicina. Esto se muestra de forma palmaria en ámbitos muy diversos, como su propia articulación en especialidades que descansan en una concepción naturalista de las enfermedades, o en el predominio de la observación sobre la escucha, pues lo que recaba la mirada biomédica son las disfunciones biológicas, no las representaciones culturales del enfermo (Martínez. 2008, p. 85).

Así, la *biomedicina* es, según Stagnaro (2002, p.20), el paradigma constituido por la cultura occidental para la definición, estudio y tratamiento de las enfermedades. Los teóricos de la Escuela de Heidelberg denominaron al modelo que ocupa el lugar de paradigma médico

dominante actualmente, con la designación de biomédico o científico-natural, subrayando su tendencia al reduccionismo biológico del concepto de enfermedad y, por ende, a la no inclusión de la dimensión subjetiva, la historicidad y la sociabilidad del paciente frente al dolor, la discapacidad y la muerte. La salud y la enfermedad se inscriben en un ámbito predominantemente biológico y la enfermedad es tomada como estado de anormalidad o disrupción del funcionamiento normal de las funciones. Dentro de esta concepción el cuerpo y la mente son dos planos diferentes por lo que se concibe la enfermedad como entidad nosológica identificable, que debe ser combatida y, a causa de la creciente especialización técnica, conlleva a al tratamiento de desbalances específicamente localizados (Martínez, 2008, p.82-83).

Una de las herramientas del paradigma biomédico para el entendimiento de la enfermedad es la epidemiología, por medio de la cual es posible visibilizar los grupos con más probabilidad de enfermedad dentro de una población y aspectos que determinan la ocurrencia de la enfermedad. Así, la lógica epidemiológica hace parte de las formas de representación, análisis y clasificación occidentales de la enfermedad. Esta concibe la salud y la enfermedad como un proceso lineal e interdependiente donde se parte desde la salud hasta llegar a momentos donde se presentan disrupciones que generan los estados de enfermedad. A su vez estos dos procesos son interdependientes debido a que no se presentan aisladamente y sin relación del uno con el otro, por lo que la epidemiología se ocupa de la identificación de eventos, así como las posibles trayectorias y combinaciones de causas –determinantes de la salud-, que tienen algún grado de explicación sobre las oscilaciones de los estados de salud y enfermedad que se dan a nivel de una población o grupos específicos dentro de esta (Álvarez & Álvarez, 2009, Aschengrau & Seage, 2003. Citados por García 2013 p.1).

Según Naomar de Almeida (1992, p.26) en la epidemiología los modelos biológicos de demostración experimental son aceptados como el criterio ultimo para la definición de la causalidad o influjo de una variable sobre otra. Debido a que no siempre es posible llevar a cabo este tipo de modelos la epidemiología moderna se encuentra estructurada en torno al concepto de riesgo, al cual ha sido crucial para el desarrollo de una epidemiología de las enfermedades no infecciosas, donde se desdibuja el paradigma de la transmisión o contagiosidad. De esta manera Fletcher *et al.* (1982) plantean que *riesgo* es el correspondiente epidemiológico del concepto

matemático de probabilidad y puede ser definido como la probabilidad de que uno de los miembros de una población definida desarrolle una enfermedad dada en un periodo determinado de tiempo. En relación a este concepto se agrupan otras tres dimensiones, como son la ocurrencia de la enfermedad, un denominador de base poblacional y un periodo de tiempo (Fletcher, Fletcher y Wagner, 1982).

El concepto de riesgo es útil debido a que este se correlaciona o indica *factores y grupos de riesgo* específicos dentro de una población (Naomar de Almeida, 1992, p.26-27). Así, un *factor de riesgo* puede ser definido como el atributo presente en un grupo que presenta mayor incidencia de una determinada patología en comparación con otros grupos poblacionales, definidos por la ausencia o baja aparición de tal característica. De otro lado, un *factor de protección* es un atributo de un grupo que presenta menor incidencia de un determinado desbalance o patología, en relación con otros grupos definidos por la ausencia o baja aparición de tal factor (Jenicek y Cleroux, 1982). En epidemiología existe una distinción entre los conceptos de factor de riesgo y marcadores de riesgo propuesta por Grundy (1973) que hace que la identificación de los primeros esté dirigida hacia la prevención primaria y los segundos con acciones de prevención secundaria. Así, los factores de riesgo pueden ser prevenidos, mientras que los marcadores de riesgo corresponden a atributos inevitables, ya producidos, cuyo efecto se halla por lo tanto fuera de control –variables como el sexo, presentar hipertensión o diabetes pueden ser considerados marcadores de riesgo que ameritarían acciones de promoción y prevención secundarias– (Grundy, 1973, citado por Naomar de Almeida, 1992, p.27).

En relación con la enfermedad específica de que se ocupa este trabajo existen un conjunto de factores de riesgo generales que se encuentran relacionados con la etiología del desarrollo de las enfermedades cardiovasculares como una parte del conjunto de enfermedades crónicas, de las cuales la EAP es una manifestación particular. Así según la OMS (2015) estos se encuentran clasificados de acuerdo a dos categorías: los factores de riesgo comportamentales modificables y factores biológicos de riesgo metabólico-fisiológicos. Dentro de la primera categoría se encuentran el consumo de tabaco –incluida la exposición por segunda mano de las personas que no fuman- , la inactividad física, las dietas no saludables –excesos de sal, sodio y grasas- y el consumo nocivo de alcohol. La segunda categoría corresponde a situaciones que pueden ser

derivadas de la primera como son: presentar presión arterial elevada, sobrepeso y obesidad, hiperglicemia (niveles elevados de glucosa en la sangre) e hiperlipidemia (niveles elevados de lípidos en la sangre) (OMS, 2015).

Además de estas causas, se reconoce que los aspectos ambientales también tienen influencia sobre los factores de riesgo comportamentales y biológicos haciendo que su distribución en las poblaciones del mundo se presente de manera diferencial. Los factores de riesgo ambientales están constituidos por aspectos del entorno ambiental, político, económico, social y cultural que al igual que los factores de riesgo biológicos y comportamentales, conducen al deterioro de las condiciones de salud de las poblaciones. Dentro de este campo se incluyen las condiciones de pobreza, los efectos del cambio climático, y factores como el acceso eficiente a los sistemas de salud (Tabla 4) (OPS, 2007, p.6).

**Tabla 4: Factores clave determinantes de las enfermedades crónicas (OPS, 2007, p.6).**

<p><b>Enfermedades crónicas:</b> Enfermedades cardiovasculares incluidas la hipertensión, los distintos tipos de cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.</p>	↑
<p><b>Factores de riesgo biológicos:</b> <b>Modificables:</b> el exceso de peso y la obesidad, los niveles de colesterol elevados, la hiperglucemia, la hipertensión. <b>No modificables:</b> La edad, el sexo, los factores genéticos y la pertenencia a una raza determinada.</p>	↑
<p><b>Factores de riesgo conductuales:</b> El consumo de tabaco, los regímenes alimentarios inadecuados, la inactividad física, el consumo de alcohol.</p>	↑
<p><b>Factores determinantes ambientales:</b> Las condiciones sociales, económicas, políticas, las condiciones de vida y de trabajo, la infraestructura física, el ambiente, la educación, el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales.</p>	↑
<p><b>Influencia del entorno internacional:</b> La globalización, la urbanización, la tecnología y las migraciones.</p>	↑

Hay que agregar además que los estilos de vida poco saludables se encuentran ampliamente difundidos en todas las regiones del mundo, debido a que el avance de las sociedades industrializadas y de la globalización ha repercutido sobre la adopción de ciertos patrones alimentarios, comportamientos y un régimen de actividad física caracterizado por el

sedentarismo. Estos aspectos constituyen los principales frentes hacia los que están dirigidas las acciones de promoción y prevención de la salud ya que por medio de la modificación de ciertos aspectos de los estilos de vida se proyecta una reducción significativa de la prevalencia y la incidencia de las enfermedades crónicas (OMS, 2015) (OPS, 2007).

Dentro de la lógica epidemiológica y el paradigma biomédico, otra de las manifestaciones o formas de representación de la enfermedad es a través del entendimiento del proceso fisiopatológico o la forma en que esta afecta las funciones biológicas normales. A continuación se presenta la fisiopatología particular de la enfermedad, su clasificación clínica y la progresión que sigue la afectación por EAP.

## **2.2. Fisiopatología de la enfermedad arterial periférica (EAP), clasificación clínica y curso de desarrollo de la enfermedad.**

La EAP<sup>6</sup> es cualquier lesión oclusiva o estenosante<sup>7</sup>, que genere o no una reducción en el flujo sanguíneo de las extremidades inferiores. Las consecuencias principales son la limitación para el ejercicio, afectación de las actividades diarias normales y las lesiones tisulares. La causa principal es la arteriosclerosis obliterante y el dolor es el síntoma más frecuente (García *et al.*, 2009, p. 35).

Los síntomas de dolor clásicos asociados a la EAP se conocen como claudicación intermitente y se presentan al caminar una cierta distancia, lo que produce una molestia que obliga a los individuos que padecen la enfermedad a detenerse y que se alivia completamente con el reposo. Este dolor es descrito como una fatiga o calambre durante el ejercicio y se localiza generalmente sobre la masa muscular de la pantorrilla. En ocasiones cuando se presenta dolor en el muslo o glúteos estos se clasifican como dolores o molestias atípicas. Los síntomas o molestias aparecen

---

<sup>6</sup> En diferentes artículos médicos o en las guías clínicas de manejo se hace referencia a la enfermedad arterial periférica (EAP) desde otras conceptualizaciones que tratan de definir de manera más precisa la enfermedad, tratando de abarcar todo el proceso fisiopatológico que conlleva. Así, dos referencias a la enfermedad pueden ser enfermedad arterial oclusiva de miembros inferiores (EAOMI) y enfermedad vascular periférica (EVP). Durante este trabajo se hará referencia a todas ellas como EAP.

<sup>7</sup> Estrechamiento en las paredes de las arterias producto de la aterosclerosis.

debido a que el flujo arterial es normal durante el reposo, pero a causa de obstrucción arterial producida por la enfermedad se limita el aumento del flujo sanguíneo durante el ejercicio, lo cual lleva a un desequilibrio entre el aporte y consumo de oxígeno por los tejidos (García et al, 2009, p.36).

La isquemia<sup>8</sup> de los miembros inferiores puede clasificarse en funcional y crítica. La isquemia funcional ocurre cuando el flujo sanguíneo es normal en reposo pero insuficiente durante el ejercicio, manifestándose clínicamente como claudicación intermitente. La isquemia crítica se produce cuando la reducción del flujo sanguíneo ocasiona un déficit de perfusión<sup>9</sup> en reposo y se define por la presencia de dolor en reposo o lesiones tróficas en la extremidad (Hernando & Conejero, 2007, p.971).

De otro lado, el mecanismo fisiopatológico por el que se desarrolla la insuficiencia arterial es a causa de la presencia de obstrucciones que progresan a medida que se desarrolla la enfermedad, hasta provocar la oclusión arterial completa. Cuando el desajuste entre las necesidades de los tejidos de las extremidades inferiores y el aporte de oxígeno transportado por el torrente sanguíneo se presenta de manera súbita o abrupta, se conoce como una isquemia aguda. Esta puede ser originada por el desprendimiento de un coágulo o placa de ateroma que se aloja en las paredes vasculares generando obstrucción, fenómeno conocido como trombosis (Hernando & Conejero, 2007, p.971).

La manifestación clínica de la enfermedad depende del número de territorios vasculares afectados, siendo frecuente que los sujetos con una vida sedentaria y afectación arterial en una única zona no presenten claudicación intermitente. En los individuos que presentan afectación en varios territorios vasculares es frecuente que la enfermedad se manifieste como una isquemia crítica (Hernando & Conejero, 2007, p.971). Uno de los aspectos más importantes en la

---

<sup>8</sup> La isquemia es cualquier condición que impide que el flujo sanguíneo alcance los órganos y tejidos del cuerpo. La sangre contiene nutrientes y oxígeno, vitales para el funcionamiento apropiado de los tejidos y órganos. Cuando se corta el suministro de estos componentes de manera súbita y por tiempo prolongado, estos comienzan a morir. La isquemia puede afectar a cualquier órgano o área de tejido en el cuerpo, incluyendo el corazón, el cerebro y las piernas. La isquemia en estas áreas del cuerpo pueden provocar, respectivamente, enfermedad isquémica del corazón, accidentes cerebrovasculares y la enfermedad arterial periférica.

<sup>9</sup> Hace referencia a la circulación sanguínea.

valoración de quienes presentan enfermedad arterial periférica (EAP) es la identificación de los casos con un mayor riesgo de evolucionar a isquemia crítica y, por lo tanto, de perder la extremidad. En este sentido, es preciso remarcar que la presencia de varios factores de riesgo cardiovascular actúa de forma sinérgica, multiplicando el riesgo de pérdida de la extremidad. Los factores de riesgo para la EAP, considerados separadamente, multiplican cada uno en un número de veces determinado el riesgo de padecer de una isquemia crítica. Así, la diabetes mellitus multiplica por 4 el riesgo, el tabaquismo lo hace por 3 y un ITB  $< 0,5$  lo incrementa en 2,5 veces (Rothwell *et al.*, citado por Hernando & Conejero, 2007).

De otro lado, atendiendo a la clasificación de la enfermedad, esta se realiza a partir de los síntomas reportados por los individuos que la padecen, los cuales se ubican en alguno de los grados propuestos por Leriche-Fontaine. Esta clasificación toma la insuficiencia arterial progresiva de los sujetos y la ubica de acuerdo a 4 estadios.

En el estadio I no se presentan síntomas o claudicación en los miembros inferiores y en este estadio se incluye a los sujetos con EAP determinada por medios diferentes al criterio clínico, confirmación por medio de pruebas como el ITB. Este estadio no debe asociarse a una evolución benigna de la enfermedad, pues la presentación de síntomas depende de factores como hacer ejercicio o un estilo de vida que implique algún tipo de actividad física. Así, quienes tengan lesión arterial oclusiva extensa en los miembros inferiores y un hábito sedentario o que tengan algún grado de discapacidad a causa de alguna enfermedad osteoarticular o neurológica, no presentarán síntomas de insuficiencia arterial. En esta situación puede pasarse súbitamente de un estado asintomático a una isquemia crítica (Tabla 5) (Hernando & Conejero, 2007, p. 972).

El estadio II se caracteriza por la presencia de claudicación intermitente, pero se divide en dos grupos, los estadios IIa y IIb. El primero incluye a los pacientes con claudicación no invalidante o cuando esta se presenta al recorrer distancias largas. El segundo estadio se refiere a los pacientes con claudicación corta o invalidante para las actividades habituales (Hernando & Conejero, 2007, p.973).

**Tabla 5: Clasificación clínica de Leriche-Fontaine para la EAP<sup>10</sup>.**

<b>Grado I:</b> Asintomático. Detectable por índice tobillo-brazo <0,90.
<b>Grado II a:</b> Claudicación intermitente no limitante para el modo de vida del individuo.
<b>Grado II b:</b> Claudicación intermitente limitante para el individuo.
<b>Grado III:</b> Dolor o parestesias en reposo.
<b>Grado IV:</b> Gangrena establecida. Lesiones a nivel de los tejidos.
<b>Grado III y/o IV:</b> Isquemia crítica. Amenaza de pérdida de la extremidad.

La manifestación de los síntomas de la claudicación intermitente puede darse de forma típica o atípica. La claudicación intermitente típica o definida es aquella que se caracteriza por la aparición de dolor en las masas musculares de la pantorrilla, sin importar si se presenta en otros sitios a nivel de los miembros inferiores, al realizar desplazamientos y que cede tras cesar el ejercicio, pero que se presenta en los mismos grupos musculares al recorrer una distancia similar, con la misma pendiente y velocidad de marcha. Por el contrario, un diagnóstico de claudicación atípica corresponde a la presencia de dolor en zonas musculares como las piernas o las nalgas en ausencia de la presencia de dolor a nivel de la pantorrilla. En tal sentido, no se considera como claudicantes a los individuos que presentan molestias o dolores a nivel de los pies, espinilla, articulaciones o cuando el dolor en estas zonas musculares parece irradiar en la ausencia de molestias a nivel de la pantorrilla (Leng, Fowkes, 1992) (Hernando & Conejero, 2007, p.973)

No siempre debe asociarse la presencia de dolor en los miembros inferiores al realizar actividades como caminar con la enfermedad; ya que este puede o no corresponder a la presencia de enfermedad arterial y ser producida por otras causas, tales como enfermedades musculares, osteoarticulares o neurológicas. En tal caso, para confirmar que se trata de EAP se realiza un diagnóstico diferencial, inicialmente clínico y confirmado posteriormente con estudios no invasivos como el ITB (Hernando & Conejero, 2007, p.973).

---

<sup>10</sup> Tomado de Hernando y Conejero (2007, p. 972).

La zona donde se presenta el dolor o claudicación durante la marcha es relevante debido a que puede indicar la localización de la lesión oclusiva (Hernando & Conejero, 2007, p.973). Así, aunque la mayoría de los individuos referirá dolor en los músculos de la pantorrilla, la presencia de claudicación en los glúteos o el muslo puede indicar la presencia de una enfermedad en el eje iliaco (Tabla 8). La claudicación asociada a afectación en la zona femoropoplítea se localiza de manera característica en las masas gemelares, y las oclusiones infrapoplíteas pueden manifestarse únicamente como claudicación en la planta del pie.

El estadio III de la clasificación de Leriche-Fontaine constituye una fase de isquemia más avanzada y se caracteriza por presentar sintomatología en reposo. El síntoma predominante suele ser el dolor, aunque es frecuente que el sujeto refiera parestesias<sup>11</sup> e hipoestesia<sup>12</sup>, habitualmente en el antepié y en los dedos del pie. El estadio IV se caracteriza por la presencia de lesiones tróficas que pueden llegar a ser muy dolorosas y susceptibles a infección, debido a la reducción crítica de la presión de perfusión distal<sup>13</sup>, inadecuada para mantener el trofismo de los tejidos. Las lesiones pueden ser localizadas en las zonas más distales de la extremidad como los dedos y en ocasiones el maléolo o el talón. De acuerdo al lugar donde se presenta la lesión arterial a nivel periférico los síntomas o cuadro clínico puede variar, por lo que es útil la descripción de los síntomas que los individuos con EAP describen (Tabla 6) (Hernando & Conejero, 2007, p.973).

**Tabla 6: Manifestación clínica según la zona donde se presenta la lesión arterial por EAP<sup>14</sup>.**

Zona de lesión:	Cuadro clínico:
Aortoiliaca	Claudicación glúteo-muslo-gemelar. Impotencia en el varón (si hay afectación bilateral.)
Femoropoplítea	Claudicación gemelar con/sin claudicación plantar
Infrapoplítea	Claudicación plantar

<sup>11</sup> La parestesia es una condición donde una parte del cuerpo, generalmente un pie o una mano, comienza a sentir un hormigueo y se adormece. Esta sensación puede ocurrir ya sea de manera temporal o de manera crónica.

<sup>12</sup> La hipoestesia significa una disminución de la sensibilidad táctil a los diferentes estímulos. Generalmente, la hipoestesia es el resultado de un problema de origen nervioso. A veces es un síntoma de enfermedades como la diabetes o la aterosclerosis. Algunos tumores o accidentes cerebrovasculares también pueden provocar hipoestesia. Puede afectar a diferentes tipos de sensibilidad, como la sensibilidad térmica, dolorosa o bien a la sensibilidad profunda

<sup>13</sup> La perfusión distal hace referencia a la correcta irrigación o circulación en las extremidades inferiores.

<sup>14</sup> Basado en Hernando y Conejero (2007, p. 973).

### ***Progresión de la enfermedad:***

El curso de desarrollo o progresión de la enfermedad hace referencia a las manifestaciones clínicas en que esta se presenta, su evolución y el posible desenlace estimado en un periodo de tiempo determinado para los individuos que la padecen.

- EAP asintomática:

La progresión de la enfermedad arterial periférica se da de la misma manera para ambas formas de su manifestación clínica, es decir, así sea que el sujeto tenga o no síntomas en la pierna. No hay nada que sugiera que el riesgo de deterioro local, con progresión hacia isquemia crítica, dependan de la presencia o ausencia de claudicación intermitente. En este sentido, si los síntomas se desarrollan o no, depende en mayor medida del nivel de actividad física que tengan los individuos. Por esta razón, la presentación inicial de la EAP en algunas personas puede ser la isquemia crítica, en ausencia de claudicación intermitente de manera previa (Norgren *et al.*, 2007, p.8A). Además, se ha planteado que los valores disminuidos del ITB y la naturaleza de los síntomas se relacionan con la progresión del deterioro funcional a nivel de los miembros inferiores en un periodo de 2 años. Así, un índice tobillo brazo reducido es un indicador de una reducción más rápida en la distancia que un individuo puede alcanzar durante una prueba consistente en caminar durante 6 minutos, prueba que se toma como un indicador de disminución de la capacidad funcional a nivel de los miembros inferiores (Mc Dermott *et al.*, 2004, citado por Norgren, *et al.*, 2007).

- Claudicación intermitente:

La evolución de la claudicación intermitente en muchos casos puede ser estable, aun cuando la EAP sea progresiva en el sentido patológico. Sin embargo los individuos con EAP sintomática continúan teniendo discapacidad funcional significativa. Según estudios solo un 25% de los sujetos que presenta claudicación intermitente tienen posibilidades de empeorar su condición hacia estados más avanzados de la EAP. Esta estabilización puede ser explicada debido al desarrollo de circulación colateral, adaptación en términos metabólicos del musculo que presenta

isquemia, o por cambios en la marcha que favorece los grupos de músculos no afectados por isquemia. El otro 25% de los sujetos sufre un deterioro en términos de la clasificación clínica que es más frecuente durante el primer año después del diagnóstico de claudicación intermitente, 7% - 9%, en comparación con el 2% a 3% después de este (Norgren *et al.*, 2007, p.9A).

También se ha precisado que las amputaciones mayores son una consecuencia relativamente rara de la claudicación, presentándose solamente en 1% al 3% de los pacientes con claudicación en un periodo de 5 años. Los estudios Basle y Framingham encontraron que menos del 2% de los sujetos con EAP necesitaron amputaciones mayores, y aunque este es uno de los mayores temores de quienes presentan claudicación intermitente o enfermedades circulatorias en las piernas, puede asegurarse que es una rara consecuencia, excepto en sujetos que presentan diabetes (Widmer, Biland, 1985) (Kannel, Skinner, Schwartz, Shurtleff, 1970).

- Isquemia crítica de las extremidades inferiores:

El único estudio poblacional prospectivo confiable sobre la incidencia de la isquemia crítica de miembros inferiores hace referencia a 220 casos nuevos cada año por cada millón de personas (Rothwell, Eliasziw, Gutnikov, Warlow, Barnett, 2004). Sin embargo, se estima que, según la prevalencia reportada en otros estudios, por cada millón de personas en la población de Europa o Norteamérica habrá aproximadamente entre 500 y 1000 nuevos casos por año de isquemia crítica de los miembros inferiores.

- Isquemia aguda de las extremidades inferiores:

La isquemia aguda en la pierna denota un desarrollo rápido o repentino en la reducción de la circulación en la extremidad, produciendo el surgimiento de nuevos signos y síntomas o su empeoramiento, a menudo amenazando la viabilidad del miembro afectado. La progresión de la EAP desde la claudicación hasta el dolor en reposo, úlceras o gangrena, puede presentarse de manera gradual o progresar rápidamente, reflejando el empeoramiento repentino de la circulación en el miembro. La isquemia del miembro también puede ocurrir como resultado de

un evento embólico o una trombosis local en una persona asintomática (Norgren *et al.*, 2007, p.10A).

- Amputaciones:

La idea de que todos los sujetos que requieren amputaciones han progresado a través de una claudicación que se ha hecho más severa, hasta el dolor en reposo, úlceras y por último la amputación del miembro, es incorrecta. Se ha evidenciado que más de la mitad de los sujetos que han tenido una amputación mayor por debajo del nivel de la rodilla, a causa de un evento isquémico, no tuvieron síntomas de isquemia en la pierna de ningún tipo hasta 6 meses antes (Dormandy, Belcher, Broos, Eikelboom, Lazlo, Konrad, 1994).

Los datos que hablan sobre la incidencia de amputaciones mayores, provenientes de estudios de grandes poblaciones o estudios nacionales, varía de 120 a 500 por cada millón de personas al año. La proporción entre las amputaciones por debajo del nivel de la rodilla y por encima en grandes estudios es de cerca de 1:1. Solamente cerca del 60% de las amputaciones por debajo de la rodilla sanan con atención primaria, 15% sanan después de procedimientos secundarios y otro 15% se convierten en una amputación por encima de la rodilla. 10% de los individuos mueren en el periodo peri-operatorio (Norgren *et al.*, 2007, p. 11A).

#### *Progresión de los individuos con EAP:*

- Individuos con EAP asintomática y con claudicación:

El incremento en el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes con EAP está relacionado con la severidad de la enfermedad, definida por la medición del valor ITB. La tasa anual general de eventos cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, enfermedad cerebrovascular y muerte por enfermedades vasculares) es de aproximadamente 5% a 7%. Excluyendo a aquellos que presentan isquemia crítica de miembros inferiores, los pacientes con EAP tienen una incidencia anual de infarto de miocardio no fatal de 2% a 3%. Las tasas de morbilidad y mortalidad por todas las causas a 5, 10 y 15 años, son aproximadamente de 30%, 50% y 70%,

respectivamente. La enfermedad arterial coronaria es la causa más común de muerte entre personas con EAP (40%-60%), con la enfermedad cerebrovascular como responsable del 10% al 20% de las muertes. Otros eventos vasculares, en su mayoría la ruptura de aneurismas aórticos, causan aproximadamente 10% de las muertes. Así, solo del 20% al 30% de las pacientes con EAP mueren de causas no cardiovasculares (Norgren *et al.*, 2007, p.12A-S13A).

- Severidad de la EAP y supervivencia:

Los sujetos con isquemia crítica crónica de los miembros inferiores tienen una tasa de mortalidad del 20% en el primer año después de la presentación del evento isquémico. Los pocos datos a largo plazo que existen sugieren que la mortalidad se mantiene en la misma tasa. La mortalidad a corto plazo de los pacientes que presentan isquemia aguda es de 15% a 20%. Una vez que han sobrevivido el episodio isquémico su patrón de mortalidad seguirá el de los pacientes con claudicación intermitente o isquemia crítica de miembros inferiores, dependiendo del desenlace del episodio agudo (Norgren *et al.*, 2007, p.13A).

Existe una correlación fuerte entre el valor ITB como medida de la severidad de la EAP y la mortalidad. En varios estudios, usando diferentes puntos de corte para el valor ITB, se ha corroborado esta relación. Por ejemplo en un estudio de cerca de 2000 personas que presentaban claudicación, personas con un ITB  $< 0,50$  tuvieron el doble de la mortalidad que quienes tuvieron un valor ITB  $> 0,50$  (Dormandy, Murray, 1991).

El estudio arterial de Edimburgo también ha mostrado que el ITB es un buen predictor de eventos cardiovasculares fatales y no fatales, así como de mortalidad total (Fowkes, Housley, Cawood, McIntyre, Ruchley, Prescott, 1991). También se ha sugerido que existe una relación lineal entre el ITB y los eventos cardiovasculares fatales y no fatales. Cada reducción de 0,10 en el valor ITB se asocia con un incremento de 10% en el riesgo relativo de padecer de un evento cardiovascular mayor (Norgren, 2007, p.13A).

En relación al progreso de la afectación funcional producto de la EAP, los individuos que padecen la enfermedad pueden experimentar cambios en las actividades que realizan

cotidianamente, por lo que se hace relevante conocer cómo estos definen su estado actual y la percepción que tienen sobre su calidad de vida.

### ***La calidad de vida en relación con la salud (CVRS).***

Los individuos y grupos sociales también construyen una percepción de la salud y la enfermedad con base en lo que se considera como calidad de vida. Este concepto ha sido utilizado de diversas formas en campos como la economía y la salud. Al respecto, cabe anotar que existen los conceptos de calidad de vida (CV) y el concepto de calidad de vida en relación con la salud (CVRS), enfoques desde los que se ha intentado abordar el proceso salud-enfermedad y que deben diferenciarse en cuanto al enfoque que aplican para entender las percepciones y afrontamiento de los padecimientos y las secuelas que acompañan las enfermedades crónicas.

Según Vinaccia y Quiceno (2012, p. 124), la diferenciación entre estos conceptos radica en que la calidad de vida (CV) hace énfasis sobre los aspectos psicosociales, sean estos cuantitativos y/o cualitativos, del bienestar social (Welfare) y del bienestar subjetivo general (Wellbeing), mientras en la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) se da mayor énfasis a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que a nivel biológico, psicológico y social le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad o evento.

En relación al concepto de CVRS, Schwartzmann (2003) plantea una definición más amplia en la que este debe corresponder a la evaluación que desde el punto de vista subjetivo realizan los individuos, partiendo de sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentran en un momento dado del desarrollo de sus padecimientos. Así, la calidad de vida relacionada con la salud refleja el grado de satisfacción con una situación personal que se manifiesta a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño y respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad y frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad y actividades de ocio, entre otras) (Vinaccia & Quiceno, 2012, p. 125).

A continuación se introduce el enfoque bioantropológico como un marco amplio adoptado por esta investigación en virtud de la riqueza metodológica y conceptual que aporta, derivada de su orientación holística e interdisciplinaria, para el entendimiento de las relaciones entre los distintos niveles que subyacen a la afectación producto de enfermedades del sistema vascular, como la EAP.

### **2.3. La bioantropología en relación al estudio de las enfermedades del sistema cardiovascular y la EAP.**

Según Tabares, Rosique y Delgado (2012, p.263- 264), la investigación bioantropológica abarca la biología de las personas y su comportamiento social. Además, intenta comprender mediante modelos bioculturales el origen del ser humano, su evolución y diversidad biológica, el uso y la interacción con el medioambiente, el aprovechamiento de los recursos, la adaptación a los cambios ambientales, la estratificación social, las migraciones, los cuidados de la salud, la alimentación, la reproducción y el ciclo vital humano. El campo de la bioantropología ha sido moldeado metodológicamente por los métodos de las ciencias biomédicas, aunque se caracteriza por un pluralismo en cuanto al uso de métodos de investigación mixtos en los que combina la investigación cualitativa y cuantitativa. Dentro de esta última, la etnografía, la cual ha servido de marco para la comprobación de hipótesis de trabajo (Tabares, Rosique y Delgado, 2012, p. 263-273).

La bioantropología es un campo dinámico y ha posibilitado que las disciplinas que la conforman hayan logrado alcanzar dentro de sí mismas una mayor profundidad a nivel interdisciplinar, de la mano de su postura pluralista que se expresa a través de una orientación holística. Así, un abordaje desde la bioantropología favorece una perspectiva interdisciplinaria y holística del ser humano, en la que la relación entre biología y cultura puede ser entendida como un continuum y no como una dicotomía (Tabares, Rosique y Delgado, 2012, p. 269).

A su vez, la antropología biomédica es un campo dentro de la bioantropología con un interés por el estudio de los procesos de salud y enfermedad que integran los enfoques de investigación

cuantitativos y cualitativos como marco para entender cómo opera la salud y la enfermedad. Según Tabares, Rosique y Delgado (2012, p. 270) la antropología biomédica es una aproximación teórica interdisciplinaria, biocultural y holística que integra modelos bioculturales analíticos centrados en el estudio de problemáticas de la salud y la enfermedad. Estos profundizan en el impacto de la enfermedad sobre los procesos biológicos del individuo y de la población e incorporan explicaciones biológicas y las concepciones de la salud y la enfermedad. La antropología biomédica puede ser entendida bajo los planteamientos de Johnson y Low (1984, p.215, citado por Tabares, Rosique y Delgado, 2012) como un nuevo campo de la antropología y una síntesis que combina conceptos de la antropología física/biológica y la antropología médica en el estudio de la salud y enfermedad de las poblaciones humanas.

El interés en el estudio de las enfermedades relacionadas con el sistema vascular desde un enfoque biosocial, y en este trabajo particular la EAP, reside en que el proceso salud/enfermedad está influenciado por diversos aspectos que son susceptibles de ser analizados desde el corpus teórico-metodológico de la antropología biológica, en donde se conjugan el estudio de las enfermedades y sus factores de riesgo, con la comprensión de los factores determinantes que provienen de la esfera social y cultural de los sujetos, permitiendo un enfoque más amplio que del manejo de la salud tiene una comunidad dada. Para ello, se requiere de la combinación de métodos y técnicas de investigación como la antropometría, la epidemiología y la etnografía, los cuales permiten visualizar la problemática de la enfermedad arterial periférica (EAP) desde varios niveles analíticos.

En relación a las formas de representación de la enfermedad derivadas desde el ámbito de la antropología médica, aunque no se desconoce el nivel biológico o las herramientas desarrolladas por el ámbito biomédico, se asume que todos los grupos humanos deben enfrentar este proceso y que lo hacen no solo como organismos con características biológicas determinadas, sino también a partir de construcciones ideológicas, técnicas y roles sociales relacionados con la atención en salud.

## **2.4. Antropología médica: conceptos claves para el abordaje del proceso salud-enfermedad.**

La antropología médica es el estudio de la salud, enfermedad, los sistemas de atención en salud y la adaptación biocultural humana. Se basa en los cuatro campos de la antropología, antropología social, biológica, lingüística y arqueología, para analizar y comparar la salud de poblaciones a nivel regional, de enclaves étnicos y culturales, ambos prehistóricos o contemporáneos (McElroy *et al.*, 1996, p.1).

De otro lado, la etnomedicina es una aproximación desde la antropología médica con un enfoque propiamente culturalista del proceso salud-enfermedad que, además de la explicación biológica de las causas de la enfermedad que se hace desde el modelo biomédico, indaga por la construcción social, los valores, roles y significados que se atribuyen a la salud y la enfermedad en una comunidad determinada. Esta subdisciplina se ha ocupado de los tratamientos, farmacopeas, roles, y relaciones que se desprenden del proceso salud/enfermedad/atención existente en todas las sociedades. En segundo lugar, los dominios de este proceso no son exclusivamente biológicos como ha planteado históricamente el paradigma de la biomedicina. La perspectiva etnomédica se enfoca sobre creencias, prácticas, valores culturales y roles sociales. Originalmente limitada al estudio de la medicina primitiva o folk, esta ha llegado a significar el sistema de mantenimiento de la salud de algunas sociedades (McElroy *et al.*, 1996, p.4).

Este enfoque aporta un marco importante para el entendimiento de los sistemas médicos ya que de esta corriente derivan conceptos como la distinción entre *dolencia* y *enfermedad*. La enfermedad, definida clínicamente como desviación de las normas médicas, se considera como una categoría biomédica occidental, es decir que no es universal. La dolencia, en contraste, es la experiencia de deterioro o malestar tal como está definida y construida culturalmente (McElroy *et al.*, 1996, p.5). En antropología médica la distinción entre *patología* y *dolencia* (*Disease-Illness*) es clásica y ha estructurado varios trabajos y posturas. Este concepto es introducido por el antropólogo Horacio Fábrega quien plantea por medio de estos dos conceptos una postura bidimensional acerca del proceso de enfermedad. Estos términos se toman a menudo como sinónimos en el inglés, pero a partir de estos se estructura una noción diferente de la enfermedad. *Disease*, que podríamos traducir por patología, hace referencia según Fábrega a aquellas disfunciones y desequilibrios biológicos valorados desde los criterios de la medicina occidental.

Por otro lado, *illness*, que podríamos traducir por aflicción o malestar, designa la dimensión folk y cultural de la enfermedad y alude a los criterios de tipo social y psicológico (Fabrega, 1972, p.213. citado por Martínez, 2008, p.36). La patología (*disease*) se corresponde con el orden del discurso científico mientras que la aflicción (*illness*) denota el conjunto de concepciones culturales y prácticas sociales que componen un sistema etnomédico (Martínez, 2008, p.36). Esta distinción es importante debido a que la definición y características atribuidas a la EAP desde el concepto biomédico de enfermedad pueden no corresponder con la construcción cultural que tienen los individuos y la población.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta al abordar las interrupciones del estado de salud y las enfermedades desde un enfoque culturalista es que estos son procesos universales presentes en todos los grupos humanos y que constituyen formas –simbólicas, técnicas e ideológicas– particulares para hacerles frente. Menéndez (1994) condensa este planteamiento en lo que él denomina proceso *salud/enfermedad/atención*.

El proceso *salud/enfermedad/atención* (s/e/a) es un proceso universal que opera en todas las sociedades y al interior de los conjuntos sociales que las integran. Es una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Los padecimientos y la respuesta hacia estos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social donde se generan representaciones, prácticas y saberes para enfrentar la enfermedad. El enfermar y atender la enfermedad debe entenderse como un hecho social frente al que los grupos sociales construyen acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente. A su vez el proceso s/e/a se desarrolla en marcos históricos concretos que configuran las características de sus principales componentes (causales específicas de los padecimientos, formas de atención y sistemas ideológicos-significados), los cuales se expresan de manera diferenciada entre los diferentes grupos sociales que conforman una sociedad, dando lugar a relaciones de hegemonía-subalternidad que operan a través de lo técnico, ideológico y cultural en los sujetos, instituciones y conjuntos sociales (Menéndez, 1994, p.71- 72). Considerado en términos estructurales, el proceso s/e/a supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencias generadas por los daños a la salud (Menéndez, 1994, p.72).

En relación con la propuesta de Menéndez, puede decirse que las formas de hacerle frente a la enfermedad tienen lugar en *sistemas de atención en salud* y como parte de estructuras cognitivas concretas –*modelos explicativos*- sostenidas por los diversos actores que entran en relación en el proceso s/e/a. Los *sistemas de atención en salud (SAS)* pueden entenderse como actividades instrumentales y simbólicas determinadas tanto por creencias, como por patrones de comportamiento, ambos influenciados por instituciones –clínicas, hospitales asociaciones profesionales, burocracia del sistema de salud-, roles sociales -rol del enfermo y del curandero-, relaciones interpersonales –relación médico-paciente, entre otros-, contextos de interacción –hogar, consultorio médico-, constreñimientos económicos, políticos y factores como el tipo de problema de salud, disponibilidad de tratamiento efectivo e intervenciones (Kleinman, 1980, p.26). Los SAS están organizados como una porción especial de la realidad social a través de la interacción de estas variables y dan cuenta de la continuidad entre respuestas adaptativas concretas a los problemas de salud y su nivel de eficacia. Aunque el concepto de los sistemas de atención en salud parte de reconocer que existe una influencia de factores macrosociales, biológicos y ambientales que operan a gran escala sobre la salud y los aspectos relacionados con su cuidado, su potencial radica en que permite abordar y entender aspectos determinantes de las interrelaciones que se dan a nivel local, ya que los sistemas de atención en salud son construidos social y culturalmente, a partir de la realidad social (Kleinman, 1980, p.27).

Según Kleinman (1980, p.35-36) la *realidad social* se refiere al mundo de las interacciones que existen entre los individuos. Este es el espacio transaccional en donde la vida se lleva a cabo, donde los roles sociales son definidos y ejecutados y donde las personas negocian con otras a partir de relaciones de estatus establecidas bajo un sistema de normas cultural. Se estructura a partir de significados, instituciones y relaciones sociales que al interactuar la construyen y la dotan de legitimidad. Se dice que la realidad social es construida en el sentido de que algunos de los significados, estructuras sociales y comportamientos son legitimados mientras que otros no. Los individuos internalizan o absorben la realidad social como sistema de significados, símbolos y normas que gobiernan su comportamiento, su percepción del mundo, la comunicación con los demás, su entendimiento del entorno interpersonal y social en el que se encuentran situados durante el proceso de socialización o enculturación. Este proceso se lleva a cabo en la familia

pero también en otras agrupaciones sociales a través de la educación, rituales, juegos, el trabajo y el proceso general de aprehensión de la normatividad del mundo donde estos viven (Kleinman, 1980, p. 35-36). La realidad social frecuentemente varía a medida que uno se desplaza de una localidad a otra y entre los mismos individuos. Puede variar a causa de diferencias familiares en cuanto a experiencias, aspectos socioeconómicos, educación, profesión, afiliación religiosa, etnicidad, entre otros aspectos. Estas diferencias son expresadas por los individuos ya que no todos comparten la misma percepción y respuestas respecto de su entorno social. Así, su conocimiento y orientaciones difieren considerablemente (Kleinman, 1980, p. 37).

En otras palabras, el *sistema de atención en salud* es creado por una mirada colectiva y un patrón común de uso que opera a nivel local, pero que es visto y usado de manera diferente por los diferentes grupos sociales, núcleos familiares e individuos. Factores sociales tales como la clase social, la educación, afiliación religiosa, etnicidad, la profesión y las redes o apoyo social de que se dispone, influyen la percepción y el uso de los recursos para la atención en salud en una misma localidad y comunidad. De este modo, estos aspectos influyen la construcción de *realidades clínicas* particulares dentro de un mismo sistema de atención en salud. La *realidad clínica* se refiere a los contextos construidos socialmente que influyen la experiencia de estar enfermo y las actividades relacionadas con el cuidado de la salud. Estas están mediadas principalmente por aspectos de la realidad social, física, simbólica y psicobiológica propia de los individuos (Kleinman, 1980, p.39-41).

Los componentes estructurales relacionados con el cuidado de la salud en los sistemas de atención en salud –el sector popular, profesional y tradicional o folk– interactúan primeramente debido a que los individuos que presentan alguna enfermedad o dolencia, quienes son pacientes, pasan a través de ellos. El sector popular forma una matriz poco diferenciada pero que vincula al sector profesional y tradicional o folk del cuidado de la salud, los cuales poseen una estructura más organizada u orgánica. Los límites entre estos sectores funcionan como puntos de entrada y salida para los pacientes que siguen las trayectorias derivadas de sus padecimientos y problemas de salud a través de las particularidades del sistema de atención en salud en cuestión (Kleinman, 1980, p.60).

De otro lado, los *modelos explicativos* o EM's (Explanatory Models) son las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento, empleados por todos aquellos relacionados con el proceso clínico. La interacción entre los modelos explicativos de pacientes y médicos es un componente central del cuidado de la salud. El estudio de los modelos explicativos de los médicos permite conocer cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. De otro lado, el estudio de los EM's de pacientes y de la familia hablan de cómo ellos dotan de sentido los episodios de enfermedad y cómo se evalúan y escogen formas de tratamiento particulares. El estudio de la interacción entre los EM's de médicos y pacientes permite un análisis más preciso de los problemas que se dan en la comunicación clínica. Más importante aún, la investigación de los modelos explicativos en relación con los sectores y subsectores que conforman el sistema de atención en salud, permite entender tanto los mecanismos por los cuales el contexto social y cultural afecta las relaciones entre médicos-curanderos y pacientes, como las actividades relacionadas con la salud (Kleinman, 1980, p.105).

Los *modelos explicativos* (EM's) son mantenidos por médicos y pacientes en todo *sistema de atención en salud*. Ofrecen una explicación sobre los episodios de enfermedad, son una guía para la escogencia de las opciones terapéuticas disponibles, las cuales pueden variar en cuanto a sofisticación tecnológica y eficacia terapéutica, y dan sentido personal y social a la experiencia de enfermedad (Kleinman, 1980, p. 105). Estructuralmente pueden distinguirse al menos 5 temáticas a las que los EM's buscan responder. Estas son la *etiología*, *sintomatología*, *fisiopatología*, *curso de la enfermedad* –incluyendo el grado de severidad y el tipo de rol del enfermo- y *tratamiento*. Los EM's se distinguen de las creencias que en general pueden existir sobre la salud puesto que estas pertenecen al corpus ideológico de los sectores que entran en relación en los sistemas de atención en salud –sector popular, sector profesional y sector tradicional o folk- y existen previa e independientemente de cualquier episodio de enfermedad. De otro lado, los modelos explicativos, aunque enmarcados en estas creencias, son construidos a partir de la respuesta a episodios concretos de enfermedad. Son construidos y empleados para afrontar un problema de salud específico y en consecuencia deben ser analizados en tal sentido (Kleinman, 1980, p.105-106).

En suma, el postulado de los *modelos explicativos* describe la dinámica de las transacciones que se dan a nivel cognitivo y comunicativo en el cuidado de la salud en un contexto dado. Además provee un medio comparativo para estudiar las transacciones y la eficacia de estos modelos para manejar la enfermedad tanto en contextos tradicionales, populares o dentro del ámbito de la biomedicina (Kleinman, 1980, p.118). Debido a que los EM's funcionan como una guía para afrontar los episodios de enfermedad por parte de todos los individuos que interactúan en el proceso clínico, conocer estos modelos permite un entendimiento de los comportamientos relacionados con la búsqueda de atención en salud que se condensan en los itinerarios terapéuticos.

Teniendo en cuenta el trabajo realizado por Samuelsen (2004) puede decirse que los *itinerarios terapéuticos* dan cuenta de la materialización de estrategias que guían la búsqueda de atención en salud ante un proceso de enfermedad y que las cuales están mediadas por aspectos de orden cultural, como las concepciones sobre la salud, la enfermedad y el conocimiento de plantas y sus propiedades terapéuticas, presentes en una comunidad. De otro lado, estos también son influenciados por aspectos de orden pragmático como la accesibilidad a los centros donde se prestan los servicios de salud, la disponibilidad de medicamentos y la capacidad de un individuo, grupo social o comunidad de pagar por ellos. Estos elementos influyen la toma de decisiones con respecto a las estrategias asumidas por los individuos para la conservación o restablecimiento del estado de salud, las cuales se manifiestan a través de aspectos como la escogencia de los lugares a donde se acude, los tratamientos que son aceptados y puestos en marcha, además de la escogencia o inscripción dentro de un sistema de atención en salud determinado, su normatividad propia y el personal asociado a este (Samuelsen, 2004, p.34-35).

Así, un itinerario terapéutico además de estar cargado de las representaciones y valores propios del enfermo producto de su experiencia personal en el padecimiento de la enfermedad, condensa las concepciones de la comunidad sobre la salud y la enfermedad, las relaciones entre los actores sociales e instituciones relacionadas con el cuidado de la salud, expresan las relaciones entre los distintos campos que conforman una sociedad y dan cuenta del proceso de toma de decisiones frente a la enfermedad (Samuelsen, 2004) (Kleinman, 1980) (Cerón, 2010).

Según Samuelsen (2004) un aspecto de suma importancia es que ante los casos prolongados de enfermedad, la complejidad de los itinerarios terapéuticos es evidente, pudiendo presentarse una superposición, coexistencia o continuidad entre los tratamientos y estrategias encaminadas al restablecimiento del estado de salud. Cuando un tratamiento no funciona y la enfermedad permanece, se emprenden nuevas acciones como la visita a otro sistema de atención en salud dentro o fuera de la comunidad, consulta de cabezas médicas tradicionales, o la automedicación, por citar solo algunas de las posibilidades que constituyen los itinerarios terapéuticos. Estos aspectos se ponen en marcha en distintos momentos del curso de la enfermedad haciendo que los tratamientos y acciones para reestablecer la salud, aun cuando provengan de lugares diferentes, se superpongan y den lugar a la superposición de *regímenes terapéuticos*. Estos últimos hacen referencia a los tipos de tratamiento o recomendaciones emanadas desde cada uno de los sectores que conforman los sistemas de atención de una comunidad (Samuelsen, 2004, p.32).

El abordaje que este trabajo realizó desde los postulados teóricos en antropología medica fue a partir de conceptos de la perspectiva etnomédica como son el *proceso salud/enfermedad/atención*, *sistemas de atención en salud*, *modelos explicativos* e *itinerarios terapéuticos*, los cuales permitieron realizar un abordaje bioantropológico de la EAP y la salud vascular en el municipio de Jardín, que permitiera entender sus factores determinantes tanto desde el punto de vista epidemiológico, como desde lo sociocultural entendido como los itinerarios terapéuticos, creencias, practicas, actitudes estrategias, concepciones relacionadas con la enfermedad y sus factores de protección y riesgo.

Aunque al principio, en estudios clásicos, la antropología medica manifestó un interés por las sociedades no occidentales y sus sistemas explicativos, actualmente no está limitada a estas sociedades y se ha ocupado también del estudio de poblaciones, sistemas de creencias y relaciones dentro del mismo sistema de salud occidental y sus expresiones en marcos locales determinados (Martínez, 2008) (Kleinman, 1980). Un ejemplo de ello es que la antropología colombiana también, a partir de estos planteamientos, ha planteado que nuestro contexto da cuenta de otros sistemas de atención en salud y otras cabezas médicas, por ejemplo los curanderos, que no están representados exclusivamente por el sistema medico facultativo o marco de salud pública nacional que parte desde el paradigma de la biomedicina, sino que por el

contrario se evidencian prácticas, creencias e instituciones diversas para el mantenimiento y restablecimiento del estado de salud (Gutiérrez de Pineda, 1985).

Además, para la antropología médica, en su perspectiva crítica, la biomedicina es un sistema médico más, que es susceptible de ser estudiado mediante la etnografía en sus representaciones y manifestaciones del proceso salud/enfermedad/atención, y por ende no tiene una posición privilegiada con respecto a otros sistemas médicos, siendo la biomedicina, al igual que otros sistemas médicos, un sistema construido social y culturalmente, dotado de categorías, clasificaciones y representaciones sociales.

### **3. Metodología.**

#### **3.1. Características geográficas, económicas y de la población del municipio de Jardín.**

##### *Ubicación geográfica:*

El Municipio de Jardín está localizado en la Región Suroeste del Departamento de Antioquia, entre una porción de la Cordillera Occidental y el Río San Juan, a una distancia de 134 kilómetros de la ciudad de Medellín. Está ubicado a una altura de 1750 m.s.n.m, tiene una temperatura media de 19° centígrados y una extensión territorial de 224 Km<sup>2</sup>. Sus coordenadas geográficas son: Latitud Norte 5°35'58" y Longitud Oeste 75°50'05". Limita por el occidente con el municipio de Andes, al norte con el municipio de Jericó, por el oriente con el municipio de Támesis y por el sur con el municipio de Riosucio, perteneciente al departamento de Caldas. (Alcaldía de Jardín, 2015).

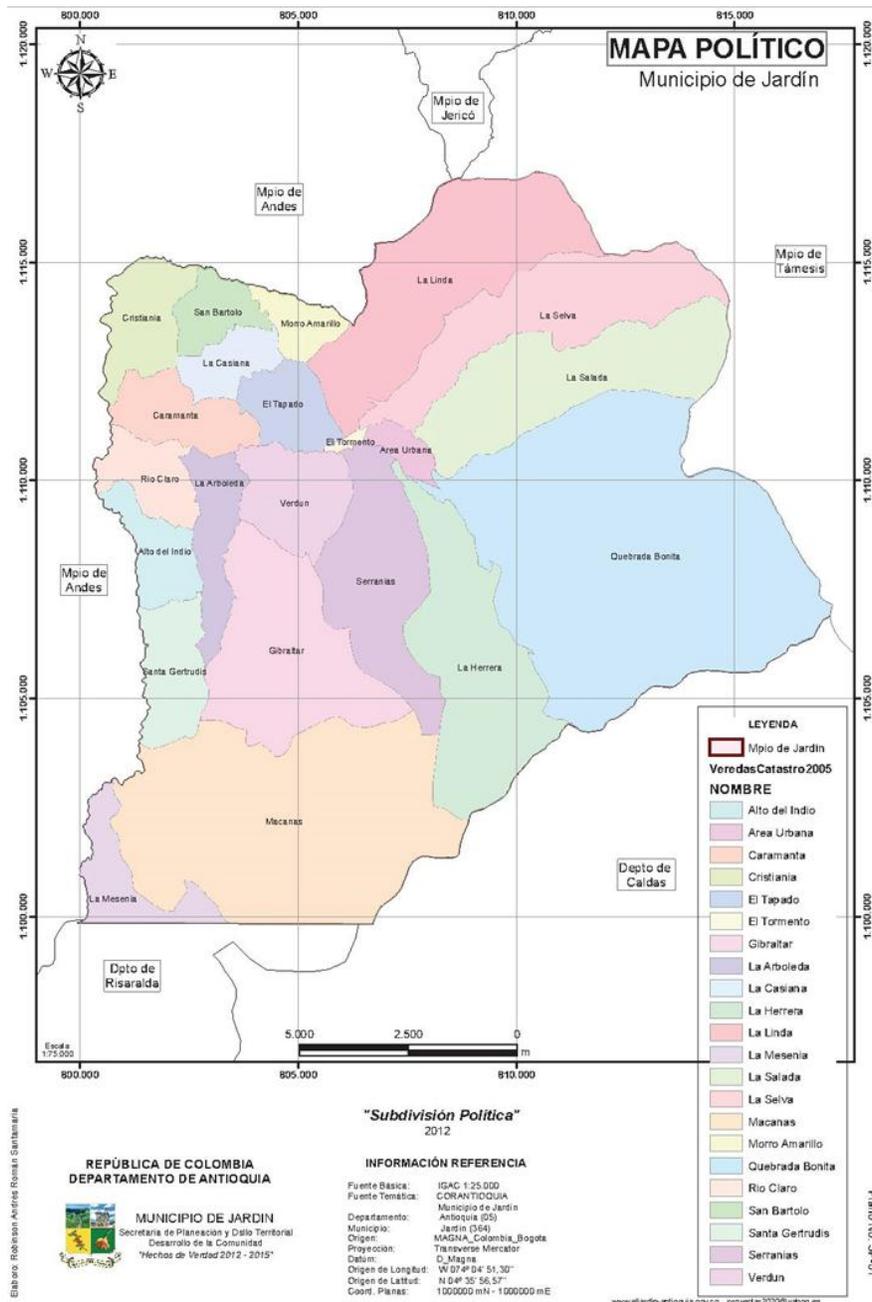
El área rural del Municipio de Jardín se encuentra dividida en 21 unidades territoriales, de las cuales una corresponde al Resguardo Indígena de Cristianía y las otras a las siguientes veredas Alto del Indio, Caramanta, El Tapado, Gibraltar, La Arboleda, La Casiana, La Herrera, La Linda, La Mesenia, La Salada, La Selva, Macanas, Morro Amarillo, Quebrada Bonita, Río Claro, San Bartolo, Santa Gertrudis, Serranías, Verdún y El tormento (Imagen 1) (Alcaldía de Jardín, 2015).

##### *Economía:*

El municipio tiene una vocación agrícola definida principalmente por el cultivo de fríjol, yuca, papa, maíz y caña. Actualmente los principales cultivos son el café y el plátano, (1,700 ha), caña de azúcar (45 ha), lulo (42 ha) y frijol (42 ha). Debido a que presenta variedad en cuanto a pisos térmicos, hidrografía y ecología vegetal tiene una gama amplia de aprovechamiento para la producción agropecuaria (Alcaldía de Jardín, 2015). Aunque en la actividades pecuarias desarrolla la ganadería, porcicultura y avícolas, sobresale principalmente la piscicultura con crías intensivas de trucha (Alcaldía de Jardín, 2015). En la cabecera municipal además, se encuentran confecciones de ropa, panaderías, talabarterías, carpinterías, ebanisterías, restaurantes, cafeterías,

graneros, salsamentarías, legumbrerías y entidades bancarias que desarrollan actividades igualmente importantes dentro del esquema económico del municipio (Alcaldía de Jardín, 2015).

**Imagen 1: Mapa político municipio de Jardín- Antioquia (Alcaldía de Jardín, 2015).**



### *Población:*

El municipio tiene una población total de 14.177 habitantes de los cuales el 49,9% vive en la cabecera municipal y el 50,01% vive en la zona rural. De acuerdo a la distribución por sexo el 50,5% son hombres y el 49,4% son mujeres (Alcaldía de Jardín, 2015a).

### **3.2. Tipo de estudio.**

El presente estudio es de tipo transversal y de corte cuanti-cualitativo. El componente cuantitativo está basado en los conceptos y métodos de la epidemiología descriptiva y pretende conocer la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y explorar la asociación existente entre factores de riesgo sociodemográficos, biológicos y comportamentales presentes en la población con la EAP. De otro lado, el componente cualitativo pretende registrar a través de los testimonios de los interlocutores y observaciones etnográficas en campo, los itinerarios terapéuticos asociados a la enfermedad arterial periférica, los cuales dan cuenta de las estrategias para reestablecer o conservar el estado de salud, los regímenes terapéuticos puestos en marcha, los sistemas de atención en salud disponibles en la comunidad, así como las creencias y prácticas en salud. Se indagó sobre el concepto dolencia (*Illness*) en relación con la EAP, para visibilizar aspectos culturales con respecto a la construcción y manejo de la enfermedad por parte de los individuos y su entorno sociocultural. Los sistemas explicativos (*Explanatory Models* o *EMs*) sobre la enfermedad, así como las temáticas sobre las que estos se estructuran, fueron tomados como equivalentes de las creencias y representaciones en salud.

### **3.3. Componente cuantitativo.**

#### **3.3.1. Muestra y estrategia de muestreo.**

A partir del muestreo aleatorio obtenido en la investigación matriz, que incluyó a 588 habitantes de la cabecera municipal de Jardín entre los 14 y 88 años, esta investigación tomó inicialmente a 359 individuos mayores de 45 años (65,4% mujeres y 34,5% hombres) a quienes se les realizó una valoración vascular y la toma de la presión arterial, por lo que era factible obtener el cálculo

del índice tobillo brazo (ITB). La muestra seleccionada quedó finalmente conformada por 345 individuos (el 96,1% de selección inicial) para los que se pudo el ITB, de los cuales 226 eran mujeres (65,5%) y 119 hombres (34,5%) con una media, mediana y desviación típica para la edad de 61,1, 60,6 y 10,2 años, respectivamente, ubicados en el rango de edad de 45 a 88 años.

### **3.3.2. Recolección de información.**

#### **a) Encuesta sociodemográfica.**

Se aplicó una encuesta que indagó por aspectos sociodemográficos –sexo, edad, escolaridad, años de escolaridad, estrato socioeconómico- y por factores de riesgo comportamentales – consumo de tabaco y el número de horas al día que se permanecía de pie y sentado-. Dentro del conjunto de factores de riesgo biológicos se incluyó el historial personal de hiperlipidemias y el historial personal de hipertensión, debido a que estos últimos son factores de riesgo biológico asociados directamente con la EAP.

#### **b) Valoración antropométrica.**

En el instrumento de recolección de datos se consideraron algunas dimensiones de la morfología corporal, que se obtuvieron siguiendo las recomendaciones técnicas para la toma de medidas propuestas en el protocolo de Norton *et al.* (Norton *et al.* 2000). Se contemplaron las siguientes variables: estatura (hasta el vértex), peso, perímetro de la cintura (menor circunferencia de la cintura) y perímetro de la cadera (tomado sobre el punto más sobresaliente de los gluteos). Para la toma de la estatura se usó un antropómetro Sibber-Hegner GPM® (precisión  $\pm 0,1$ mm) y para el peso una balanza electrónica Tanita® (precisión  $\pm 50$ g). La medición de los perímetros se hizo mediante una cinta métrica flexible (precisión  $\pm 0,1$ mm).

A partir de las medidas de peso y talla se calculó el índice de masa corporal IMC según el peso en kg de la persona, dividido sobre la estatura en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Este indicador se categorizó según los valores de la OMS (1995) y por medio de esta clasificación se identificaron como sujetos con sobrepeso (valores entre  $\geq 25 \text{ Kg}/\text{m}^2$  y  $< 30 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ) y obesidad (valores  $\geq 30 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ). Para la clasificación del indicador de obesidad abdominal a partir del perímetro de la

cintura, se tuvieron en cuenta los puntos de corte que acogió el Consenso Colombiano de Síndrome Metabólico (Asociación Colombiana de Endocrinología, 2011), que a su vez sigue los valores establecidos para los sur y centroamericanos por la International Diabetes Federation, planteados en 2005. Así, para los hombres el criterio de obesidad fueron valores  $\geq 90$  cm y para las mujeres valores  $\geq 80$  cm. Los valores que se ubicaron por debajo de estos puntos de corte se consideraron como normales. A partir de las medidas del perímetro de la cintura y el perímetro de la cadera se construyó el índice cintura-cadera, el cual es un índice relacionado con el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El índice cintura/cadera se consideró aumentado cuando era mayor de 0,90 en hombres y de 0,85 en mujeres, siguiendo los criterios dictaminados por la OMS (WHO, 1999).

- **Estandarización de técnicas antropométricas y control de errores de medida.**

Para esta investigación, como fase previa a la toma de medidas en campo, se realizó un ejercicio de estandarización antropométrica de acuerdo a las normas internacionales (Aristizabal, 2002), en el laboratorio de Antropología Biológica de la Universidad de Antioquia, bajo la dirección del profesor Javier Rosique Gracia, director del Laboratorio de Antropología Biológica.

En la normalización de los evaluadores para la toma de medidas antropométricas colaboraron 4 individuos que fueron valorados en dos días diferentes. Inicialmente se hizo el control de errores de medida a cabo a partir del *control de la tolerancia específica de cada medida* a partir de la serie de tres repeticiones de cada medida y sus promedios. En el caso en que la segunda medida se alejara de la tolerancia permitida, se realizó una tercera medición con la que se descartó la medida más alejada de las tres. Con las dos mediciones restantes se calculó y registró el promedio en la ficha de datos antropométricos. La tabla de referencia utilizada para los valores de tolerancia de las medidas antropométricas se tomó de Rosique *et al.* (2005).

Posteriormente, se calculó el *error técnico de medida* se realizó a partir del análisis del error intraobservador, cuya finalidad fue posibilitar la reproducción de las medidas en términos de calidad, entendida como la precisión y fiabilidad en la toma de cada medida de cada antropometristas. En la presente investigación, para el cálculo del error intraobservador se estimó el error técnico (ET) en la realización de la prueba piloto, a partir de la siguiente ecuación.

$$ET = \sqrt{(\sum^n d^2 / 2n)}$$

ET = error técnico

$d^2$  = diferencia al cuadrado entre dos medidas

n = número de sujetos repetidos.

Las unidades en las que se expresaron los ET fueron las mismas que las de cada medida y el resultado obtenido en cada variable se comparó con los valores publicados por otros antropometristas referenciados (Rosique *et al.*, 2005). Posteriormente se obtuvo el Porcentaje del Error Técnico (% ET) a partir de la comparación de los ET y la media de los valores de la serie de repeticiones de ambos días siguiendo la siguiente fórmula:

$$\% ET = 100 \times (ET / m)$$

ET = error técnico (intraobservador)

m = media de la serie de medidas repetidas

Finalmente, se registró el porcentaje promedio que se encontró en el ET para las medidas consideradas y se calculó la variación observada y la permitida para identificar aquellas mediciones que superaban los valores de tolerancia estimados (Tabla 7). El mismo procedimiento se hizo para calcular el error intraobservador (Tabla 7) con la diferencia que la media para la series repetidas fueron las medidas del primer día entre sujetos de prueba.

**Tabla 7: Calculo del porcentaje del error técnico de medida y tolerancia de medidas antropométricas.**

Variables	ETM	%ETM	I.C		Rango observado	Variación	Tolerancia (Variación permitida)	Límite % ETM
			Lim. sup	Lim inf				
<b>Peso</b>	0,261	0,43	61,91	59,86	1,02	0,26	0,61	1
<b>Estatura</b>	0,266	0,17	159,18	157,09	1,04	0,27	1,58	1
<b>P. de cintura</b>	0,492	0,66	76,30	72,45	1,93	0,49	11,16	15
<b>P. de cadera</b>	1,199	1,19	105,11	95,71	4,70	1,20	15,06	15

P: perímetro; ETM: error técnico de medida; I.C: intervalo de confianza, Lim sup: límite superior, Lim inf: límite inferior.

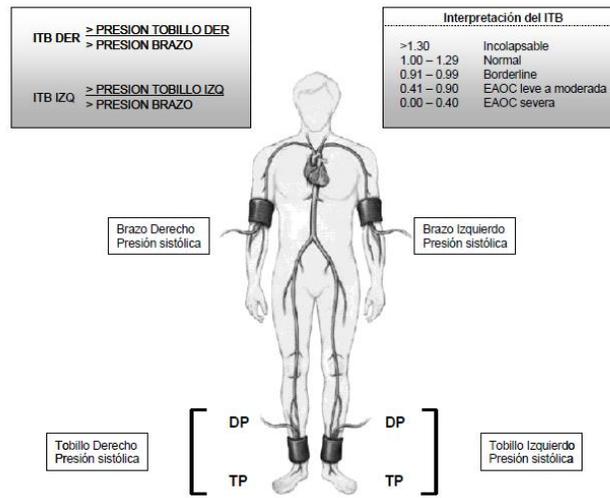
### **a) Diagnóstico de la enfermedad arterial periférica.**

El índice tobillo-brazo (ITB), es la prueba objetiva más eficiente y sencilla para documentar la existencia de EAP. En ella se relaciona la presión arterial sistólica obtenida en la arteria humeral con la presión arterial sistólica obtenida en las extremidades y es una herramienta para confirmar el diagnóstico de EAP tanto en forma sintomática como asintomática (Hirsch *et al.*, 2005, p.491). Ya que la enfermedad en forma asintomática no presenta dolor en las piernas, el ITB puede ser utilizado como método para establecer el diagnóstico de EAP y su severidad en esta forma clínica. A continuación se describirá la metodología para el cálculo del índice tobillo brazo (ITB), acogiendo las recomendaciones de la guía de consenso para EAP de la Asociación Colombiana de Cirugía Vascular (García *et al.* 2009).

El ITB consiste en hacer una toma de presión arterial sistólica en ambos brazos a nivel de la arteria braquial, y luego en ambos tobillos tanto a nivel de la arteria dorsal pedia como de la tibial posterior. La toma se realiza con el individuo en decúbito supino, después de 10 minutos de reposo, utilizando brazaletes número 10 para los brazos y el tobillo y un instrumento Doppler de onda continúa para auscultar las arterias. La cifra mayor de presión sistólica obtenida de cada uno de los dos tobillos se divide sobre la cifra mayor obtenida entre ambos brazos (Figura 1).

Un gradiente de presión mayor de 20 mm/Hg. entre los brazos es indicativo de enfermedad oclusiva de la arteria subclavia y/o axilar del lado con menor presión. Un índice tobillo-brazo disminuido ( $< 0,90$ ) en una persona sintomática confirma la presencia de la obstrucción entre el corazón y el tobillo, y tal como se observa en la figura 1, mientras más disminuido el índice, mayor será la severidad de la obstrucción; además cuando el ITB está disminuido es un potente predictor del riesgo de futuros eventos cardio y cerebrovasculares. En algunos pacientes con diabetes, insuficiencia renal u otras enfermedades que causan calcificación vascular, los vasos tibiales en el tobillo son incolapsables; esto conlleva a una falsa elevación de la presión sistólica en el tobillo y estos pacientes típicamente tienen cifras de  $ITB > 1,30$  y en ocasiones aun la señal Doppler en el tobillo no puede ser obliterada con presiones de 300 mm/Hg. En estos pacientes se deben realizar pruebas no invasivas adicionales para evaluar la presencia de EAP (García *et al.*, 2009, p. 47-49).

**Figura 1: Metodología para el cálculo del ITB (García *et al.*, 2009, p. 48).**



Cada participante de la investigación acudió a una valoración vascular que fue realizada por el equipo médico de especialistas en medicina y cirugía vascular en el hospital del municipio de Jardín. Se realizó un interrogatorio, examen físico y un estudio de eco-dúplex color venoso de ambas extremidades inferiores, por medio de un ecógrafo Phillips (transductor de 7.5 a 10 MHz).

A partir de las cifras de presión arterial, obtenidas en brazos y piernas por el equipo médico<sup>15</sup>, se calculó el índice tobillo brazo (ITB) y se tomó como punto de corte para definir la presencia de

<sup>15</sup> La metodología para la obtención la presión arterial fue la siguiente:

Se tomó la presión tras 5 minutos de reposo de los individuos, como mínimo. Estos debían estar sentados, con las piernas tocando el suelo, no cruzadas, brazos relajados en posición de descanso, sin apretar las manos y el brazo de referencia apoyado a una altura aproximada del corazón. Se tomó como brazo de referencia aquel en que la tensión arterial fue más alta. El manguito debía estar en contacto con la piel, por lo que se pidió a los individuos que se remangaran la camisa.

Una vez posicionada la persona se colocó el manguito que se adaptara al diámetro del brazo (pequeño, normal, grande). Este procedimiento es mostrado en un gráfico en la pantalla del instrumento para la toma de la medida, así que una vez ajustado el manguito se seleccionó la opción adecuada antes de conectar el tensiómetro.

Mientras el manguito fue insuflado se pidió al individuo no hablar. Posteriormente, para registrar la presión sistólica, se liberó la presión de manera controlada y a medida que la presión bajaba, se registró la lectura apenas se escuchaba el sonido de la sangre pulsando. De otro lado, para la obtención de la presión diastólica se continuó liberando la presión del manguito hasta que los sonidos desaparecían. Se tomaron las cifras obtenidas con el tensiómetro, evitando siempre redondear estos valores.

enfermedad arterial periférica los valores  $\leq 0,90$  mm/hg. La severidad de la enfermedad se clasificó siguiendo las recomendaciones de la Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Arterial Oclusiva Crónica de las extremidades inferiores, publicada por la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascul ar (García *et al.*, 2009), donde los valores comprendidos entre 0,00 y 0,40 mm/Hg corresponden a la manifestación severa de la enfermedad, y los valores  $\geq 0,41$  y  $<0,90$  corresponden a la clasificación leve a moderada. Los valores  $\geq 0,91$  mm/hg y  $<0,99$  fueron borderline. Valores entre 1.00mm/hg y  $<1,29$  mm/hg se clasificaron como normales. De otro lado, los valores superiores a 1,30 mm/hg fueron considerados como incolapsables y aunque se presentan dentro de la distribución de frecuencias de la afectación por EAP obtenida en Jardín, no se tuvieron en cuenta en el proceso de análisis de los factores de riesgo o protección en la población. Esta guía de diagnóstico a su vez recoge los criterios y recomendaciones definidos por el documento de consenso TASC II (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Document on Management of Peripheral Arterial Disease, 2005).

#### **b) Factores metabólicos de riesgo vascular.**

Se consideraron datos sobre glucemia, colesterol total, colesterol LDL, VLDL, HDL y triglicéridos debido a que estos indicadores bioquímicos operan como factores biológicos de riesgo modificables asociados a las enfermedades cardiovasculares. Aunque no fue posible obtener el perfil clínico metabólico del total de la población que participó de este estudio, se contó con una submuestra de 129 individuos que tenían información sobre estas variables bioquímicas. El posterior análisis de la asociación de las características del perfil clínico metabólico con la enfermedad arterial periférica para esta submuestra se realizó activando la opción de valores perdidos discretos en la vista de variables del programa SPSS<sup>16</sup>.

Los datos sobre pruebas bioquímicas fueron recolectados por una microbióloga y un genetista, adscritos al proyecto matriz. El análisis de los resultados se hizo por parte de la microbióloga del Hospital ESE Gabriel Peláez Montoya. La clasificación de estas variables se realizó de acuerdo a los valores de corte propuestos por el documento ATPIII (National Cholesterol Education

---

<sup>16</sup> Se introdujo el valor 999 para excluir del análisis y evitar sesgos a los individuos que no tenían datos para las variables consideradas, lo que permitió la realización del análisis bivariado y por medio de regresión logística.

Program, 2002). De otro lado, los datos sobre glucemia fueron clasificados según los valores de corte propuestos por el documento Standards of Medical Care in Diabetes (American Diabetes Association, 2011). Siguiendo las recomendaciones de estos documentos se agruparon las variables en valores considerados como anormales, en el límite de normalidad y deseables u óptimos. Para la glucemia se agrupó en valores considerados como normales, prediabetes y diabetes (Tabla 8).

**Tabla 8: Valores utilizados para la clasificación de variables relacionadas con el perfil clínico metabólico de la población de Jardín.**

Variable	Categorías de clasificación	Criterio utilizado
Colesterol total	Alto ( $\geq 240$ mg/dl) Borderline (200-239mg/dl) Deseable ( $< 200$ mg/dl)	ATP III 2002
Colesterol LDL	Alto ( $\geq 160$ mg/dl) Borderline (130-159mg/dl) Deseable ( $< 129$ mg/dl)	ATP III 2002
Triglicéridos	Alto ( $\geq 200$ mg/dl) Borderline (150-199mg/dl) Deseable ( $< 150$ mg/dl)	ATP III 2002
Colesterol HDL	Bajo ( $\leq 40$ mg/dl) No disminuido ( $> 40$ mg/dl)	ATP III 2002
Colesterol VLDL	Normal ( $\leq 30$ mg/dl) Aumentado ( $> 30$ mg/dl)	ATP III 2002
Glucemia	Diabetes ( $\geq 126$ mg/dl) Prediabetes (100-125mg/dl) Normal ( $< 100$ mg/dl)	ADA 2011

ATP III: Adult Treatment Panel; ADA: American Diabetes Association.

Además, se indagó por el historial personal de hiperlipidemias e hipertensión y se consideraron como diabéticas a las personas sometidas a tratamiento dietético y/o farmacológico por orden médica. No se consideró como un procedimiento correcto operar con una clasificación de las variables bioquímicas en forma binaria. Es decir, no se crearon dos grupos, normales y afectados, partiendo de los valores de corte considerados como óptimos o normales. Dado que estos valores definidos por las guías de consenso corresponden a metas para el manejo clínico de los individuos bajo control y supervisión médica, quienes no presentaron valores óptimos o normales no necesariamente están afectados a nivel vascular o presentan desbalances del metabolismo. Así, para evitar tal razonamiento al momento de la interpretación de los resultados de este trabajo, se utilizaron los valores de corte que incluyen a los individuos ubicados en el

límite de normalidad, sin agruparlos dentro de las categorías que representan normalidad o valores altos para las variables del perfil clínico metabólico.

### 3.3.3. Descripción y análisis estadístico.

- **Sistematización y preparación de datos.**

Se modeló la variación con la edad y el sexo de cada una de las medidas corporales y de composición de la pierna mediante el programa Lmsgrowth v.1.29 de Cole y Pan (2004, Institute of Child Health). En primer lugar, se obtuvo la posición estandarizada de cada sujeto en la muestra mediante su puntaje z ajustado con los parámetros finales del modelo suavizado: la media (M), el coeficiente de variación (S) y la asimetría (L) por edad y para cada sexo. Este procedimiento permitió ajustar las variables antropométricas estandarizadas para el efecto de la edad y sexo, mediante el cálculo de los puntajes z para cada individuo. En el proceso de análisis bivariado y multivariado las variables antropométricas crudas y ajustadas de acuerdo a valores de (z) se agruparon en dos grupos ( $< P^{o}50$  y  $> P^{o}50$ ), donde se tomó como referencia los valores de la mediana para estas variables (Tabla 9).

**Tabla 9: Valores para la mediana de las variables antropométricas crudas y ajustadas.**

	Variables crudas						Variables ajustadas					
	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	P. cintura (cm)	P. cadera (cm)	I. cintura-cadera (cm)	Peso z (cm)	Talla z (cm)	IMC z (kg/m <sup>2</sup> )	P. cintura z (cm)	P. cadera z (cm)	I. cintura-cadera z (cm)
Mediana	65,0	154,5	27,0	91,5	97,0	0,915	0,310	0,340	0,160	0,265	0,225	0,165

P: perímetro; I: índice; IMC: índice de masa corporal; z: variables ajustadas para el sexo y la edad; kg: kilogramo; cm: centímetros.

- **Procedimientos estadísticos.**

Se realizó un análisis descriptivo empleando el software SPSS® versión 18 para Windows, licenciado a la Universidad de Antioquia.

Análisis estadístico univariado:

Para las variables numéricas se calcularon medidas de resumen y dispersión como la media, mediana, desviación típica y valores máximo y mínimo. De otro lado, las variables que fueron

categorizadas en el estudio se presentan por medio de sus respectivas frecuencias, número de individuos dentro de cada categoría de la variable y porcentaje correspondiente del total de la población.

#### Análisis estadístico bivariado:

En el proceso de análisis bivariado se hizo un análisis de asociación del sexo y la edad con las medidas antropométricas sin estandarizar tomando como significativos valores de  $p \leq 0,05$ ). De acuerdo al tipo de distribución de los datos, se realizó una prueba de T de Student para el sexo y para la edad una prueba de U de Mann Whitney. Además, se estudió el efecto del sexo y la edad en las medidas antropométricas (puntajes z) estandarizadas con el modelo LMS.

Previamente se crearon tres variables, tomando el total de la población. En la primera se agruparon a todos los individuos que presentaron un valor  $ITB \leq 0,90$ , ITB disminuido, independientemente del grado de disminución del valor ITB. Luego, se crearon otras dos variables en las que se agrupó a los individuos con valores en el límite de normalidad y con valores normales para el índice tobillo brazo.

Posteriormente se exploró la asociación de estas tres variables con respecto a las características sociodemográficas, comportamentales y biológicas de la población. La posible asociación entre el diagnóstico de EAP con respecto a las variables sociodemográficas, comportamentales, y biológicas, atendiendo a la distribución no normal de los datos, se realizó por medio de pruebas de Chi cuadrado para el total de la población y según sexo.

#### Análisis estadístico mediante regresión logística binaria:

Se realizó un análisis por medio de regresión logística binaria de las variables sociodemográficas, comportamentales y biológicas que presentaron asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ); igualmente se consideraron variables cuyo valor de p fuera menor de 0,25 para cada sexo y para la totalidad de la muestra, debido a que la regresión múltiple tiene la propiedad de detectar asociaciones que no se presentan en las tablas de contingencia. Para cada una de estas variables dependientes se realizó un análisis teniendo en cuenta el total de la población y luego se discrimino de acuerdo al sexo.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios adicionales en la realización de los modelos de análisis:

- Variables dependientes: Las variables dependientes antes mencionadas, se incluyeron en los modelos de regresión de manera dicotómica (ITB disminuido-ITB no disminuido, ITB borderline- ITB no borderline y ITB normal-ITB no normal).
- Se realizó un proceso de control de calidad de las regresiones, por medio de la observación del comportamiento de los intervalos de confianza en cada modelo. Se repitió el modelo para las variables que al ser introducidas tuvieran intervalos de confianza (I.C) muy altos, lo cual se explicó por variables con bajas frecuencias. Se identificó el tipo de error y para variables con pocas frecuencias se recategorizaron los valores de acuerdo a la mediana de los datos. Esto corrigió el problema de los I.C en los modelos. Luego, se identificaron las variables que presentaron colinealidad con las demás variables y que alteraban los intervalos de confianza de todo el modelo. Al cotejar que estas variables no tenían problemas de baja frecuencia, se procedió a eliminarlas de los modelos.

### **3.4. Componente cualitativo.**

#### **3.4.1. Muestra y estrategia de muestreo**

Partiendo de la muestra determinada en la parte cuantitativa de esta investigación (345 individuos) se seleccionaron 20 individuos siguiendo los siguientes criterios: 10 individuos menores de 60 años de edad (5 hombres y 5 mujeres) y 10 individuos mayores de 60 años de edad (5 hombres y 5 mujeres), todos con diagnóstico de EAP definida como un índice tobillo brazo (ITB)  $<0,90$  mm/hg. A estos individuos se les contacto telefónicamente, utilizando la información suministrada por ellos en la fase previa desarrollada por la investigación matriz en 2013, y se concertó el día y lugar en que se realizaría la entrevista. Solamente se pudo ubicar a 17 de los 20 individuos que manifestaron interés de participar en la investigación. La selección de la muestra se realizó de esta manera debido a que interesaba conocer la construcción

sociocultural de la enfermedad, siendo necesario un diagnóstico de la enfermedad en el individuo seleccionado para aplicar el instrumento etnográfico.

### **3.4.2. Recolección de la información.**

- **Entrevista semiestructurada.**

El instrumento de investigación se constaba de una serie de preguntas agrupadas de acuerdo a ocho tópicos relacionados con la presencia o posibilidad de padecer enfermedad arterial periférica (EAP), enfermedades cardiovasculares y problemas circulatorios en general. La entrevista tuvo unos módulos de aplicación general y otros específicos. Los módulos generales se aplicaron de manera amplia a cualquier persona que quisiera participar de la entrevista. De otro lado, los específicos se aplicaron a la población que presentó diagnóstico de EAP u otra afectación del sistema vascular. Previo al inicio de la entrevista se hizo lectura del formato de consentimiento informado a los participantes que estuvieron de acuerdo con la realización de la misma.

A continuación se presenta la estructura del instrumento de recolección de datos para este componente.

- **Consentimiento informado y datos del participante:**

Al realizar la entrevista se informó a cada persona que dicha actividad era un complemento de un proyecto previo realizado en la comunidad en 2012 y 2013. Además, se garantizó la participación voluntaria del participante, el uso adecuado de la información suministrada con fines exclusivamente académicos en los que se incluía la presente tesis de grado, y el anonimato del participante en caso de que así lo solicitara. Los datos correspondientes a cada participante fueron registrados en un formato de control de entrevistas y consentimiento informado donde se anotó el consecutivo del número de entrevista realizada, la fecha de realización de la entrevista, el nombre de cada participante, la edad, la presencia de EAP o de enfermedades del sistema vascular, la dirección de residencia, el número de contacto, aceptación del consentimiento

informado y una casilla destinada para la solicitud de anonimato en caso de que el participante lo requiriera.

Las autoridades del municipio fueron informadas de la presencia del investigador y autorizaron sus labores académicas e investigativas. Tanto con la comunidad como con las instituciones quedó el compromiso de realizar una devolución de resultados posterior al término de la investigación.

- **Entrevista semiestructurada:**

La entrevista se estructuró en base a una serie de preguntas relacionadas con 3 conceptos del marco teórico (itinerarios terapéuticos, distinción patología dolencia y modelos explicativos correspondiente a los tópicos A, B y C), preguntas sobre la concepción cultural de lo que se entiende como salud, enfermedad y riesgo (tópico D), prácticas en relación a la salud vascular (tópico E), preguntas respecto al hábito de fumar y sobre la ocupación o actividades realizadas actualmente o en el pasado (tópico F), preguntas relacionadas con la calidad de vida en relación a la salud (tópico G), estilos de vida (tópico H) y preguntas orientadas a conocer los sistemas explicativos del personal relacionado con la atención en salud (tópico I). A continuación se describe cada tópico.

**A. Itinerarios terapéuticos:** Se indagó sobre los lugares a donde se acude, los tratamientos puestos en marcha (regímenes terapéuticos), la inscripción/adscripción a sistemas de atención en salud (por qué, cómo, cuándo y cuál ha sido el resultado de tomar determinada opción terapéutica o visita a lugares concretos dentro de la comunidad para el manejo de los padecimientos).

**B. Distinción patología/dolencia:** En este trabajo por patología se entiende la definición desde el punto de vista de la etiología y fisiopatología de la EAP planteadas por el modelo biomédico, por lo que el corpus de indagación estuvo orientado hacia la categoría *dolencia* y sus manifestaciones. Así, se indagó por la forma en que las personas sienten que se manifiesta la enfermedad, cómo los

afecta desde el punto de vista físico o en las relaciones con las demás personas, y los etiquetamientos que se asignan a la enfermedad.

**C. Modelos explicativos sobre la EAP:** En este trabajo se abordaron las creencias en salud como aspectos derivados de los modelos explicativos construidos por los individuos que padecen la enfermedad, en constante negociación con otros modelos explicativos -los de su grupo familiar y los derivados de los sistemas de atención y el personal en salud presentes en la comunidad a los cuales se recurre y se adscriben los individuos-. Se indagó por las nociones que expresaban cómo las personas piensan que se desarrolló o inició su padecimiento, la forma en que estos perciben los síntomas relacionados con la enfermedad y si estos han cambiado a través del tiempo o permanecido iguales; además, la forma en que se dota de sentido y se explica el curso particular de afectación que tiene la enfermedad y las opciones terapéuticas utilizadas y que se han considerado para hacerle frente a la enfermedad a través del tiempo.

**D. Salud, enfermedad y riesgo:** En este apartado se quiso conocer que entiende la población del municipio por salud, enfermedad y riesgo, partiendo de sus propias definiciones. Esto en relación con la EAP y las enfermedades del sistema vascular. Teniendo esto en cuenta, se indagó por las definiciones de lo que se considera como riesgo o protección de la salud vascular para, a partir de allí, observar si se asumían o no conductas que pudieran ser consideradas como benéficas o de riesgo en relación con la salud. Se pretendió conocer además, si la población identificaba algunos de los factores de riesgo reconocidos para la enfermedad y cuál es su actitud al respecto. Se hicieron preguntas sobre cuales conductas eran consideradas como de riesgo y por qué se les consideraban como tal. De otro lado, se indagó por las acciones consideradas como benéficas para la salud, por qué se consideraban protectoras y cuáles realmente eran puestas en marcha por los individuos.

**E. Prácticas en salud:** En relación con las definiciones sobre lo que es considerado como salud, enfermedad y riesgo, se indagó por las acciones concretas o estrategias que se utilizan actualmente o se han utilizado en algún momento para la conservación o restablecimiento del estado de salud, en relación con episodios donde haya habido empeoramiento de la EAP o aparición de enfermedades relacionadas con las arterias y el sistema vascular. Este módulo visibilizó cuáles habían sido las acciones específicas, las cuales serán tomadas en este trabajo como prácticas en salud, así como los posibles tratamientos y mención a elementos constitutivos de los sistemas de atención en salud principales y alternativos disponibles en el municipio.

**F. Tabaquismo, ocupación y actividades desempeñadas (actuales o pasadas):** Se incluyeron dentro de los tópicos de la entrevista preguntas con respecto al consumo de tabaco, principal factor de riesgo para la EAP identificado por estudios epidemiológicos, y a la ocupación o actividades laborales desempeñadas actualmente o en el pasado. La orientación de este componente de la entrevista estuvo orientado a indagar principalmente acerca del tabaquismo como hábito y las posibles representaciones culturales. De otro lado, al indagar sobre actividades u ocupaciones desempeñadas actualmente o en el pasado relacionadas con las horas de pie y sentado al día se quiso recolectar información etnográfica que permitiera una interpretación más amplia sobre la asociación entre la enfermedad arterial periférica respecto al número de horas que se permanece de pie y sentado al día en la población del municipio de Jardín.

**G. Calidad de vida en relación a la salud (CVRS):** Este apartado apuntó a conocer principalmente que entienden los individuos por calidad de vida y en qué aspectos, según la definición otorgada, se encuentran satisfechos o no en relación con la manifestación de padecimientos como la EAP y enfermedades relacionadas con el sistema vascular.

**H. Estilos de vida:** Este apartado de la entrevista se orientó a la evaluación de la percepción sobre hábitos de vida saludables en cuanto a la alimentación y el régimen de actividad física. Se indagó sobre las posibilidades actuales que brinda el municipio para asumir hábitos alimentarios y actividad física saludables.

**I. Módulo de preguntas para los médicos/promotores en salud/enfermeros:** Apartado de aplicación exclusiva para el personal médico del municipio. Su orientación fue contrastar los Modelos Explicativos derivados de los centros médicos, su universo simbólico, prácticas y concepciones sobre la EAP, en contraste con aspectos propios de los pacientes. Esto se realizó para conocer aspectos en los que existía convergencia o divergencia, y cómo estos planteamientos influenciaban o se relacionaban con las decisiones sobre los sistemas de atención en salud y opciones terapéuticas consultados por las personas.

Las entrevistas fueron recogidas por medio de una grabadora de voz. Se realizaron visitas a instituciones y lugares claves dentro de la comunidad donde se pudo realizar observaciones o recolectar datos de utilidad. Además de las entrevistas se empleó un diario de campo para el registro de aspectos relevantes en la investigación, producto de la interpretación del investigador, sobre aspectos del contexto donde se realizó el trabajo.

### **3.4.3. Descripción y análisis de la información.**

El producto de las entrevistas fue transcrito de forma manual con la ayuda del programa Sound Organizer 1.5. Esta información fue clasificada y recogida en un archivo de texto.

- ***Plan de análisis de la información***

La información relativa al proceso de entrevistas y el producto de las transcripciones se analizó a partir de conceptos sobre antropología médica enunciados en el marco teórico y a partir de estos se construyó un informe que documenta los itinerarios terapéuticos, modelos explicativos,

prácticas, creencias en salud, además de las percepciones sobre la salud y el riesgo presentes en la comunidad con respecto a la enfermedad arterial periférica (EAP).

El análisis consistió en codificar de manera abierta el contenido de las entrevistas de acuerdo a los 8 tópicos de que consta la entrevista semiestructurada. Posteriormente se revisaron los códigos generados durante este proceso y se procedió a agrupar los que tuvieran similitud, para lo que se volvió sobre la interpretación de los fragmentos de entrevistas correspondientes a cada código. Se revisó la saturación de categorías y se buscaron patrones, tendencias, similitudes, diferencias y casos especiales. Se utilizó el software profesional de análisis cualitativo Atlas.ti y durante el análisis se corroboraron los datos constantemente con respecto a la transcripción original para verificar el contexto y la claridad en la presentación de resultados etnográficos.

#### **3.4.4. Consideraciones éticas**

Se garantizó la protección de la intimidad de las personas, así como su participación voluntaria e informada, de acuerdo a los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 2008 (World Medical Association, 1989 p. 67), las disposiciones de la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de la Salud de la República de Colombia (Minsalud, 1993) y el código de ética de la Asociación Americana de Antropología aprobado en Febrero de 2009, sobre consentimiento informado e investigaciones con seres vivos. Todas las personas participantes fueron informadas sobre los objetivos del estudio y la utilización exclusiva de los datos para fines científicos y de planeación en salud. Los resultados de la investigación serán devueltos a las personas participantes y a las instituciones cooperantes.

La encuesta fue aplicada a quienes voluntariamente aceptaron participar de acuerdo con la información suministrada por el encuestador en la introducción del estudio. Cada individuo participante del estudio o su representante al momento de la entrevista obtuvo una copia del consentimiento informado. Este fue revisado y aprobado por uno de los integrantes del grupo de investigación al que se adscribe el presente trabajo.

## 4. Resultados.

### 4.1. Componente cuantitativo

#### 4.1.1. Descripción de las variables sociodemográficas, comportamentales y biológicas consideradas en el estudio.

##### 4.1.1.1. Características sociodemográficas.

El estudio se llevó a cabo con la participación de 345 individuos que constituyeron el total de la muestra, pertenecientes al municipio de Jardín (Antioquia). El 65,5% fueron mujeres y 34,5% hombres. De acuerdo al estrato socioeconómico el 81,8% de la población perteneció a los estratos 2 y 3, mientras que un 18,2% perteneció a los estratos 1 (16,4%) y 4 (1,8%). Según grupos de edad el 63,8% de los individuos se ubicó en el rango de edad entre 45 y 65 años de edad y 36,2% fueron mayores de 65 años. El nivel de escolaridad<sup>17</sup> más frecuente fue la primaria (60,7%) y la secundaria (22,9%), seguido por las personas que realizaron algún tipo de estudio de educación superior (8,8%) y quienes afirmaron no tener ningún nivel escolaridad (7,6%). Teniendo en cuenta los años de escolaridad<sup>18</sup>, 51,6% tuvo una escolaridad igual o inferior a los 4 años, mientras que 48,4% se ubicó por encima. La media de edad fue de 61 años, dentro de un rango de edad entre 45 y 88 años. La media y mediana para los años de escolaridad fue de 5,2 y 4 años, respectivamente (Tabla 10).

**Tabla 10: Características sociodemográficas de la población.**

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Femenino	226	65,5
	Masculino	119	34,5
Estrato	1	56	16,4
	2	174	51,0
	3	105	30,8
	4	6	1,8
Grupos de edad	45 a 55 años de edad	119	34,5
	55 a 65 años de edad	101	29,3
	65 a 75 años de edad	84	24,3
	>75 años de edad	41	11,9
Escolaridad	No	26	7,6
	Primaria	207	60,7
	Secundaria	78	22,9
	Superior (técnica, pregrado, posgrado)	30	8,8
Años de escolaridad	≤ 4 años de escolaridad	175	51,6

<sup>17</sup> Nivel educativo más alto alcanzado.

<sup>18</sup> Cantidad o número de años estudiados.

	> 4 años de escolaridad	164	48,4
Estadísticos descriptivos			
Variable	Media	Mediana	Máximo
Edad	61,1	60,6	88,7
Años de escolaridad	5,2	4,0	24,0

n: número de individuos para cada categoría. %: porcentaje correspondiente del total de la población.

#### 4.1.1.2. Factores de riesgo comportamentales.

Atendiendo a las características comportamentales, 81,9% de la población manifestó no fumar, mientras que un 18,1% dijo que sí lo hacía. Con respecto al número de horas que se permanecía de pie al día, la media y la mediana fueron, respectivamente de 6,8 y 7 horas. La distribución de frecuencias para esta variable mostró que el 52,6% de la población permanece menos de 7 horas de pie al día y 47,4 % más de 7 horas. Para las horas al día que se permanece sentado la media y la mediana fueron 3,7 y 3 horas, respectivamente. Las frecuencias para esta variable indican que 51,9% permanece 3 horas o menos sentados, mientras que 48,1% más de 3 horas. (Tabla 11).

**Tabla 11: Características comportamentales.**

Variable	Categorías	N	%
Tabaquismo	No	281	81,9
	Sí	62	18,1
Horas de pie al día	≤ 7 horas al día	180	52,6
	> 7 horas al día	162	47,4
Horas sentado al día	≤ 3 horas al día	176	51,9
	> 3 horas al día	163	48,1
Estadísticos descriptivos			
Variable	Media	Mediana	Máximo
Horas de pie al día	6,8	7,0	18,0
Horas sentado al día	3,7	3,0	11,0

n: número de individuos para cada categoría. %: porcentaje correspondiente del total de la población.

#### 4.1.1.3. Factores biológicos de riesgo.

#### 4.1.1.4. Perfil clínico metabólico.

Para el total de la submuestra seleccionada (129 individuos) la mediana para los valores de glicemia fue de 79 mg/dl. El colesterol total, colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad), triglicéridos, colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) y colesterol VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad), tuvieron valores para la mediana, respectivamente, de 200 mg/dl, 122 mg/dl, 143 mg/dl, 47 mg/dl y 29 mg/dl. De otro lado, para el total de la muestra de este estudio la

prevalencia de hiperlipidemia e hipertensión obtenida por autoreporte fue de 33,1% y 39,2%, respectivamente (Tabla 12).

**Tabla 12: Características del perfil clínico metabólico de la población de Jardín.**

Estadísticos descriptivos submuestra seleccionada <sup>1</sup>					
Variable	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación típica
Glucemia (mg/dl)	47,0	323,0	85,4	79,0	29,5
Colesterol Total (mg/dl)	122,0	431,0	207,4	200,0	41,2
Colesterol LDL (mg/dl)	52,0	290,0	126,1	122,0	38,3
Triglicéridos (mg/dl)	45,0	793,0	172,8	143,0	103,3
Colesterol HDL (mg/dl)	25,0	85,0	48,1	47,0	11,2
Colesterol VLDL (mg/dl)	-1,0	178,0	39,01	29,0	32,4
Frecuencias de hiperlipidemia e hipertensión por autoreporte <sup>2</sup>					
Variable	Categorías		n	%	
Antecedentes personales de hiperlipidemia	No		230	66,9	
	Sí		114	33,1	
Antecedentes personales de hipertensión	No		209	60,8	
	Sí		135	39,2	

<sup>1</sup> Corresponde a la submuestra de 129 individuos que tuvieron datos basados en pruebas bioquímicas. <sup>2</sup> corresponde a la muestra total. LDL (low Density Lipoproteins): Lipoproteínas de baja densidad. HDL (High Density Lipoproteins): Lipoproteínas de alta densidad. n: número de individuos para cada categoría. %: porcentaje correspondiente del total de la población.

De acuerdo a la distribución de frecuencias de las variables del perfil clínico metabólico para la submuestra, según los valores de corte recomendados por el ATP III, se encontró que en el sexo femenino el 88,2% de las mujeres presentaron valores normales para la glucemia, mientras que 7,1% presento valores considerados como prediabetes y 4,7% diabetes. Para el colesterol total el 45,9% presento valores considerados como no alterados o deseables mientras que 31,8% se ubicó en el límite de normalidad y 22,4% presentó valores altos. El colesterol LDL del 58,3% de las mujeres fue optimo y cercano al optimo, mientras que 19% presentaron valores en el límite de normalidad y 22,6% valores altos. El colesterol HDL no estuvo disminuido en el 78,8% de las mujeres frente a 21,2% que sí presentaron valores disminuidos. Para los triglicéridos, 50,6% de las mujeres presentaron valores normales con respecto a 15,3% que presentó valores en el límite de normalidad y 34,1% valores altos. El colesterol VLDL fue normal en el 52,9% de las mujeres y se encontró aumentado en el 47,1% (Tabla 13).

En el sexo masculino el 90,9% presentó valores normales para la glucemia, mientras que 4,5% presento prediabetes y 4,5% diabetes. Para el colesterol total el 59,1% presento valores considerados como no alterados o deseables, mientras que 34,1% se ubicó en el límite de

normalidad y 6,8% presentó valores altos. El colesterol LDL del 65% de los hombres fue óptimo o cercano al óptimo, mientras que 20% presentó valores en el límite de normalidad y 15% valores altos. El colesterol HDL no estuvo disminuido en el 66,7% de los hombres frente a 33,3% que sí presentó valores disminuidos. Los triglicéridos del 65,9% de los hombres se ubicaron dentro de valores normales. De otro lado, 9,1% presentaron valores en el límite de normalidad y 25% valores altos. El colesterol VLDL fue normal en el 59,1% de los hombres, frente a 40,9 que presentaron valores aumentados (Tabla 13).

Atendiendo al total de la submuestra, el 89,1% presentó valores normales para la glucemia, frente a 6,2% y 4,7% que presentaron prediabetes y diabetes, respectivamente. Para el colesterol total el 50,4% presentó valores considerados como no alterados o deseables, frente a 32,6% que se ubicaron en el límite de normalidad y 17,1% con valores altos. El colesterol LDL fue óptimo y cercano al óptimo en el 60,5% de la población, frente a 19,4% y 20,2% que se ubicaron en el límite de normalidad y que tuvieron valores altos, respectivamente. El colesterol HDL no estuvo disminuido en el 74,8% de la población, frente a 25,2% que sí presentó valores disminuidos. Los triglicéridos del 55,8% de la población fueron normales, frente a 13,2% con valores en el límite de normalidad y 31,0% con valores altos. El colesterol VLDL fue normal en el 55% de la población, frente a 45% que presentaron valores aumentados (Tabla 13).

**Tabla 13: Distribución de frecuencias perfil clínico metabólico de la población de Jardín.**

Variable	Categorías	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino			
		n	%	n	%	N	%
Glucemia	Normal	75	88,2	40	90,9	115	89,1
	Prediabetes	6	7,1	2	4,5	8	6,2
	Diabetes	4	4,7	2	4,5	6	4,7
Colesterol Total	Deseable	39	45,9	26	59,1	65	50,4
	Borderline	27	31,8	15	34,1	42	32,6
	Alto	19	22,4	3	6,8	22	17,1
Colesterol LDL	Óptimo y cercano al óptimo	49	58,3	26	65,0	75	60,5
	Borderline	16	19,0	8	20,0	24	19,4
	Alto	19	22,6	6	15,0	25	20,2
Colesterol HDL	Bajo	18	21,2	14	33,3	32	25,2
	No bajos	67	78,8	28	66,7	95	74,8
Triglicéridos	Normal	43	50,6	29	65,9	72	55,8
	Borderline	13	15,3	4	9,1	17	13,2

	Alto	29	34,1	11	25,0	40	31,0
Colesterol VLDL	Normal	45	52,9	26	59,1	71	55,0
	Aumentado	40	47,1	18	40,9	58	45,0

LDL (Low Density Lipoproteins): Lipoproteínas de baja densidad. HDL (High Density Lipoproteins): Lipoproteínas de alta densidad. n: número de individuos para cada categoría. %: porcentaje correspondiente del total de la población.

#### 4.1.2. Morfología corporal e indicadores antropométricos.

En la tabla 14 se muestran los indicadores construidos a partir de la medida de dimensiones corporales por medio de antropometría, su respectiva clasificación y distribución de frecuencias. Para el sexo femenino el índice de masa corporal (IMC) mostró que el 32,3% de las mujeres tuvo un valor considerado como normal, frente a 35,5% que presentaron sobrepeso y 32,3% obesidad. De acuerdo al perímetro de la cintura el 22,1% de las mujeres se ubicó dentro de valores considerados como normales, frente al 77,9% que tuvieron obesidad abdominal. Para el índice cintura-cadera, el 28,4% de las mujeres se ubicó dentro de la clasificación normal, mientras que 71,6% presentaron obesidad central (Tabla 14).

La clasificación del índice de masa corporal en los hombres mostró que 33,1% presentó un valor normal, mientras que 53,4% y 13,6% tuvieron sobrepeso y obesidad, respectivamente. En la clasificación del perímetro de la cintura 38,7% tuvo un valor normal, mientras que 61,3% tuvo obesidad abdominal. Por último, de acuerdo al índice cintura-cadera, el 62,2% de los hombres tuvo valores considerados como normales para este indicador, frente a 37,8% que presento obesidad central (Tabla 14).

Para el índice de masa corporal se encontró que 41,7% y 25,7% de la población total presentó, respectivamente, sobrepeso y obesidad. Para este mismo indicador, 32,5% presentó una clasificación normal. En la clasificación del perímetro de la cintura 72,2% de la población presento obesidad abdominal, frente a 27,8% que presentó valores normales. Por último, de acuerdo al índice cintura-cadera, 59,9% de la población presentó obesidad central, frente a 40,1% que presento valores normales (Tabla 14).

**Tabla 14: Indicadores antropométricos según sexo y para el total de la población.**

Variable	Categorías	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino		N	%
		n	%	n	%		
IMC	Normal	71	32,3	39	33,1	110	32,5
	Sobrepeso	78	35,5	63	53,4	141	41,7
	Obesidad	71	32,3	16	13,6	87	25,7
Perímetro de cintura	Normal	50	22,1	46	38,7	96	27,8
	Obesidad abdominal	176	77,9	73	61,3	249	72,2
Índice cintura-cadera	Normal	64	28,4	74	62,2	138	40,1
	Obesidad central	161	71,6	45	37,8	206	59,9

n: número de individuos para cada categoría. %: porcentaje correspondiente del total de la población. IMC: Índice de Masa Corporal

#### 4.1.3. Prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP).

De acuerdo al sexo, la clasificación del valor del índice tobillo brazo mostró que el 60,2% de las mujeres y el 50,4% de los hombres tuvieron valores considerados como normales (valores entre 1,00 y 1,29 mm/hg). De otro lado, dentro de los valores considerados como límite de normalidad o categoría borderline (valores entre 0,91 y 0,99 mm/hg), se ubicó el 19% de las mujeres y el 26,9% de los hombres. La afectación global de la enfermedad arterial periférica según sexo fue del 19% en las mujeres y 20,1% en los hombres, porcentajes compuestos por las categorías de afectación severa (0,4% de las mujeres y 0,8% de los hombres) y leve a moderada (18,6% de las mujeres y 19,3% de los hombres) (Tabla 15).

Según grupos de edad, el 57,1% de los individuos del grupo entre 45 a 55 años presentó un valor considerado como normal, 22,7% se ubicaron en el límite de normalidad, 17,7% presentó afectación en forma leve a moderada y 2,5% fueron incolapsables. En el grupo de 55 a 65 años 57,4% y 24,8% de los individuos presentaron valores normales y en el límite de normalidad, respectivamente. Además, en este grupo de edad 14,9% de los individuos presentaron EAP en forma leve a moderada, 2% severa y un individuo se ubicó en la categoría incolapsable. El 60,7% de los individuos en el rango de edad de 65 a 75 años presentó valores considerados como normales, mientras que 16,7% y 19% tuvieron valores considerados como límite de normalidad y afectación leve a moderada, respectivamente. El 46,3% de los individuos mayores de 75 años presentó un índice tobillo brazo normal, mientras que 22% se ubicaron en el límite de normalidad y 31,7% presentaron afectación en forma leve a moderada (Tabla 15).

Para el total de la población la clasificación de los valores obtenidos para el ITB indicó que el 56,8% tuvo un valor considerado como normal y 21,7% se ubicó dentro del límite de normalidad. La afectación global de EAP en la población del municipio de Jardín, determinada a partir de valores para el ITB  $\leq 0,90$ mm/hg, fue de 19,4%. Este porcentaje corresponde a las categorías de afectación severa (0,6% de los individuos) y leve a moderada (18,8% de los individuos). De otro lado, un 2% de la población se ubicó dentro de la categoría incolapsable<sup>19</sup> (Tabla 15).

**Tabla 15: Prevalencia total de EAP en la población de Jardín y discriminada según sexo y grupos de edad decenal.**

Categorías de clasificación.	Sexo				Grupos de edad								Total	
	Femenino		Masculino		45-55 años		55-65 años		65-75 años		>75 años			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EAP severa	1	0,4	1	0,8	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
EAP leve a moderada	42	18,6	23	19,3	21	17,6	15	14,9	16	19,0	13	31,7	65	18,8
Borderline	43	19,0	32	26,9	27	22,7	25	24,8	14	16,7	9	22,0	75	21,7
Normal	136	60,2	60	50,4	68	57,1	58	57,4	51	60,7	19	46,3	196	56,8
Incolapsable	4	1,8	3	2,5	3	2,5	1	1,0	3	3,6	0	0,0	7	2,0

n: número de individuos para cada categoría. %: porcentaje correspondiente del total de la población. EAP: Enfermedad arterial periférica.

#### 4.1.4. Asociación de la EAP con factores de riesgo o protección.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas consideradas en el estudio y las categorías de agrupación del ITB, en ninguno de los dos sexos, ni para el total de la población (Tabla 16).

<sup>19</sup> Esta categoría corresponde a los individuos para los cuales la prueba del ITB no es concluyente para el diagnóstico de EAP y el riesgo vascular que representa la enfermedad, haciendo necesarias pruebas diagnósticas adicionales en estos individuos. Los individuos ubicados dentro de esta categoría se excluyeron de las próximas descripciones y del proceso de análisis bivariado y multivariado.

**Tabla 16: Asociación de variables sociodemográficas con la EAP.**

Variable	Muestra	ITB disminuido		Borderline		Normal	
		X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p
Sexo	Total	0,065	0,799	2,834	0,092	3,024	0,082
Escolaridad	Femenino	1,634	0,652	5,803	0,122	1,207	0,751
	Masculino	2,559	0,465	1,839	0,607	2,262	0,520
	Total	1,242	0,743	0,881	0,830	1,322	0,724
Años de escolaridad	Femenino	1,737	0,188	1,229	0,268	0,003	0,956
	Masculino	1,388	0,239	0,480	0,488	0,013	0,910
	Total	0,149	0,700	0,033	0,856	0,060	0,807
Estrato	Femenino	2,601	0,457	1,118	0,773	1,020	0,796
	Masculino	1,532	0,675	6,029	0,110	3,393	0,335
	Total	1,411	0,703	3,951	0,267	0,472	0,925
Grupos de edad	Femenino	5,689	0,128	1,616	0,656	3,348	0,341
	Masculino	0,832	0,842	0,941	0,815	0,527	0,913
	Total	4,635	0,201	1,874	0,599	2,374	0,498

X<sup>2</sup>: Valor de la prueba de Chi cuadrado. p: significancia asintótica bilateral. \* Casos donde se presentó asociación (p= ≤0,05).

En el análisis según factores de riesgo comportamentales se encontró asociación para ambos sexos (femenino p=0,013 y masculino p=0,019) y entre el número de horas al día que se permanece sentado y presentar valores disminuidos para el ITB. Esta asociación también se encontró para el total de la población aunque a un nivel que indica mayor fuerza de asociación (p=0,001) (Tabla 17).

**Tabla 17: Asociación de factores de riesgo comportamentales con la EAP.**

Variable	Muestra	ITB disminuido (≤ 0,90)		Borderline (0,91 - 0,99)		Normal (1,00-1,29)	
		X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P
Tabaquismo	Femenino	1,398	0,237	1,607	0,205	0,044	0,834
	Masculino	1,929	0,165	1,372	0,241	3,364	0,067
	Total	0,001	0,980	3,680	0,055	2,369	0,124
Horas de pie al día	Femenino	0,588	0,443	0,183	0,669	0,859	0,354
	Masculino	0,221	0,639	2,339	0,126	0,687	0,407
	Total	0,802	0,371	0,419	0,517	0,058	0,809
Horas sentado al día	Femenino	6,149	0,013*	0,834	0,361	0,502	0,479
	Masculino	5,529	0,019*	1,700	0,192	0,060	0,806
	Total	11,339	0,001**	2,603	0,107	0,378	0,539

X<sup>2</sup>: valor de la prueba de Chi cuadrado. p: significancia asintótica bilateral. \* Casos donde se presentó asociación (p= ≤0,05). \*\* casos donde se presentó asociación (p= ≤0,01).

La tabla 18 presenta los valores mínimo, máximo, media, mediana y la desviación típica de las variables antropométricas e indicadores considerados en este trabajo, según el sexo y para el total de la población. Los valores según la mediana para la estatura, peso, índice de masa corporal, perímetro de la cintura, perímetro de la cadera e índice cintura-cadera en las mujeres fueron de

150,4 cm, 62,5 kg, 27,4 kg/m<sup>2</sup>, 89,9 cm, 99,5 cm y 0,9. En los hombres estos valores fueron de 163,1 cm, 68 kg, 26,2 kg/m<sup>2</sup>, 93,5 cm, 94,5 cm y 1,0 cm (Tabla 18). Para todas las medidas antropométricas e indicadores sin estandarizar se encontró asociación estadísticamente significativa con el sexo pero con respecto a los grupos de edad, definidos según la mediana, sólo se encontró un influjo o asociación con las variables talla, perímetro de la cintura e índice cintura-cadera (Tabla 18).

**Tabla 18: Estadísticos descriptivos y asociación de las variables antropométricas sin estandarizar con el sexo y la edad.**

Variable	Estadísticos descriptivos							Asociación con el sexo <sup>1</sup>		Asociación con la edad <sup>1</sup>	
	Sexo	n	Mín.	Máx.	Media	Mediana	Desviación típica	Valor	p	Valor	p
Talla (cm)	Femenino	226	131,6	172,0	150,5	150,4	6,9	-16,353	0,000*	2,888	0,004*
	Masculino	119	144,6	183,0	163,0	163,1	6,5				
	Total	345	131,6	183,0	154,8	154,5	9,0				
Peso (kg)	Femenino	226	38,0	93,0	62,6	62,5	11,5	8667,0	0,000*	0,932	0,352
	Masculino	119	46,0	99,3	70,1	68,0	10,6				
	Total	345	38,0	99,3	65,2	65,0	11,8				
Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	Femenino	226	17,4	40,6	27,6	27,4	4,7	2,882	0,004*	-0,976	0,330
	Masculino	119	19,6	35,8	26,4	26,2	3,2				
	Total	345	17,4	40,6	27,2	27,0	4,3				
Perímetro de la cintura (cm)	Femenino	226	60,0	117,5	89,6	89,9	12,0	10775,0	0,002*	-4,280	0,000*
	Masculino	119	62,2	119,1	94,3	93,5	11,7				
	Total	345	60,0	119,1	91,2	91,5	12,1				
Perímetro de la cadera (cm)	Femenino	226	78,0	124,9	100,7	99,5	10,4	9644,5	0,000*	14795,0	0,929
	Masculino	119	81,1	117,0	95,8	94,5	7,4				
	Total	345	78,0	124,9	99,0	97,0	9,7				
Índice cintura-cadera	Femenino	226	0,7	1,3	0,9	0,9	0,1	5593,5	0,000*	10030,0	0,000*
	Masculino	119	0,7	1,3	1,0	1,0	0,1				
	Total	345	0,7	1,3	0,9	0,9	0,1				

<sup>1</sup> Para el sexo y los grupos de edad se realizaron pruebas de T de Student, cuando la distribución fue normal, y pruebas de U de Mann Whitney, cuando no fue normal. p Significancia asintótica bilateral. \*Casos donde se presentó asociación significativa (p ≤ 0,05). \*\* Casos donde se presentó asociación significativa (p ≤ 0,01).

En el análisis de la asociación entre la clasificación del ITB y los indicadores antropométricos considerados, solamente se encontró asociación con el IMC (p=0,030) y el perímetro de la cintura (p=0,025) para el sexo femenino (Tabla 19).

**Tabla 19: Asociación de indicadores antropométricos con la EAP.**

Variable	Muestra	ITB disminuido		Borderline		Normal	
		X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	P
IMC (OMS, 1995)	Femenino	0,117	0,943	7,034	0,030*	5,256	0,072
	Masculino	1,635	0,442	0,394	0,821	0,639	0,727
	Total	0,435	0,804	4,501	0,105	3,852	0,146
Perímetro de la cintura (IDF, 2005)	Femenino	0,382	0,537	5,018	0,025*	2,775	0,096
	Masculino	1,141	0,285	0,338	0,561	1,117	0,291
	Total	1,224	0,269	2,233	0,135	0,737	0,391
Índice cintura-cadera (OMS, 1999)	Femenino	0,703	0,402	0,008	0,931	0,490	0,484
	Masculino	0,190	0,663	0,147	0,701	0,408	0,523
	Total	0,639	0,424	0,059	0,808	0,093	0,760

X<sup>2</sup>: Valor de la prueba de Chi cuadrado. P: significancia asintótica bilateral. \* Casos donde se presentó asociación (P= ≤0.05).

De otro lado, se realizaron pruebas de asociación para las variables antropométricas e indicadores estandarizados, valores (z), con relación al sexo y grupos de edad, encontrándose que para estas variables solamente se conservó la asociación entre el índice cintura-cadera (p=0,000) con respecto al sexo (p=0,018). Según los grupos de edad definidos a partir de la mediana, no se encontró asociación con las dimensiones antropométricas estandarizadas (Tabla 20). Por tanto, se infiere que el ajuste mediante puntajes z corrige mejor el efecto de la edad que del sexo, manteniéndose en aquellas variables e indicadores relacionados con la distribución de la grasa.

**Tabla 20. Análisis de asociación de las variables antropométricas estandarizadas (z) con el sexo y la edad.**

Variables antropométrica	n	Asociación con el sexo <sup>1</sup>		Asociación con la edad <sup>2</sup>	
		Valor de la prueba	p	Valor de la prueba	p
Talla (z)	345	-0,192	0,848	13090,00	0,065
Peso (z)	345	12563,00	0,315	-0,478	0,633
IMC (z)	345	-1,392	0,165	-1,183	0,238
Perímetro de la cintura (z)	345	12091,00	0,139	-0,854	0,394
Perímetro de la cadera (z)	345	12761,00	0,475	-0,320	0,749
Índice cintura-cadera (z)	345	11309,00	0,018*	14235,50	0,547

<sup>1</sup> Para el sexo se realizaron pruebas de T de Student, cuando la distribución fue normal, y pruebas de U de Mann Whitney, cuando no fue normal. <sup>2</sup> Para la edad se realizaron pruebas de U de Mann Whitney. p: significancia asintótica bilateral. \* Casos donde se presentó asociación significativa (p ≤ 0,05). n: número de individuos. z: medida antropométrica ajustada para el sexo y la edad.

Según el sexo, en las variables relacionadas con el perfil clínico metabólico que fueron consideradas se encontró asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes personales de hipertensión en el sexo femenino con respecto a presentar un ITB disminuido (p=0,001) y los valores considerados como normales (p=0,006). Para el total de la población se

encontró asociación entre el colesterol HDL ( $p=0,010$ ) y los antecedentes personales de hipertensión ( $p=0,003$ ) con respecto a presentar valores disminuidos para el índice tobillo brazo (Tabla 21).

**Tabla 21: Asociación del perfil clínico metabólico de la población de Jardín con la EAP.**

Variable	Muestra	ITB disminuido		Borderline		Normal	
		$\chi^2$	p	$\chi^2$	P	$\chi^2$	p
Glucemia	Femenino	1,236	0,539	2,523	0,283	2,649	0,266
	Masculino	1,272	0,529	1,131	0,568	2,100	0,350
	Total	0,48	0,787	1,618	0,445	0,770	0,681
Colesterol total	Femenino	0,836	0,658	0,265	0,876	0,060	0,970
	Masculino	0,564	0,754	3,105	0,212	3,385	0,184
	Total	0,101	0,951	1,212	0,545	1,408	0,495
Colesterol LDL	Femenino	0,067	0,967	0,428	0,807	1,026	0,599
	Masculino	0,867	0,648	5,426	0,066	0,774	0,679
	Total	0,594	0,743	0,701	0,704	0,359	0,836
Colesterol HDL	Femenino	3,265	0,071	0,17	0,680	1,279	0,258
	Masculino	2,100	0,147	0,636	0,425	0,191	0,662
	Total	6,711	0,010*	0,505	0,477	2,102	0,147
Triglicéridos	Femenino	2,056	0,358	0,677	0,713	3,351	0,187
	Masculino	4,346	0,114	1,305	0,521	1,129	0,569
	Total	0,714	0,700	1,559	0,459	3,226	0,199
Colesterol VLDL	Femenino	0,761	0,383	0,713	0,398	0,116	0,733
	Masculino	2,072	0,150	1,634	0,201	0	1,000
	Total	0,072	0,789	0,045	0,832	0,014	0,907
Antecedentes personales de Hiperlipidemia	Femenino	2,785	0,095	0,010	0,918	2,020	0,155
	Masculino	0,334	0,563	0,274	0,601	0,121	0,728
	Total	2,811	0,094	0,265	0,607	0,701	0,402
Antecedentes personales de Hipertensión	Femenino	11,422	0,001**	0,003	0,957	7,591	0,006*
	Masculino	0,204	0,652	2,703	0,100	0,506	0,477
	Total	8,911	0,003*	1,405	0,236	2,813	0,094

$\chi^2$ : valor de la prueba de Chi cuadrado. p: significancia asintótica bilateral. \* Casos donde se presentó asociación ( $p \leq 0,05$ ).

\*\* Casos donde se presentó asociación significativa ( $p \leq 0,01$ ).

En el análisis de las variables antropométricas no ajustadas, divididas por encima y por debajo de la mediana para cada variable, se encontró asociación entre el perímetro de la cadera en el sexo masculino y los valores considerados como límite para el índice tobillo-brazo ( $p=0,022$ ). Para el total de la población el perímetro de la cadera presentó asociación estadísticamente significativa con los valores considerados como límite de normalidad ( $p=0,011$ ) y normales ( $p=0,017$ ) para el índice tobillo brazo. Además, el índice cintura cadera presentó asociación con los valores considerados como normales para el ITB para el total de la población ( $p=0,050$ ) (Tabla 22).

**Tabla 22: Asociación de variables antropométricas no ajustadas y clasificadas según percentiles con respecto a la EAP.**

Variable	Muestra	ITB disminuido		Borderline		Normal	
		X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	p
Talla	Femenino	1,128	0,288	0,466	0,495	2,040	0,153
	Masculino	1,296	0,255	0,951	0,329	0,053	0,819
	Total	0,081	0,776	0,024	0,877	0,001	0,974
Peso	Femenino	0,029	0,864	0,269	0,604	0,031	0,860
	Masculino	0,064	0,800	0,093	0,760	0,204	0,652
	Total	0,002	0,961	0,037	0,847	0,000	0,998
IMC	Femenino	1,080	0,299	0,995	0,318	0,000	0,991
	Masculino	1,124	0,289	0,034	0,853	0,816	0,366
	Total	2,103	0,147	0,705	0,401	0,129	0,719
Perímetro de la cintura	Femenino	0,121	0,728	1,827	0,176	0,588	0,443
	Masculino	1,313	0,252	0,168	0,682	1,057	0,304
	Total	0,959	0,328	0,390	0,532	0,024	0,876
Perímetro de la cadera	Femenino	0,546	0,460	1,168	0,280	1,570	0,210
	Masculino	0,064	0,800	5,246	0,022*	3,425	0,064
	Total	0,246	0,620	6,467	0,011*	5,708	0,017*
Índice cintura-cadera	Femenino	1,378	0,240	0,010	0,919	0,534	0,465
	Masculino	1,098	0,295	0,561	0,454	1,755	0,185
	Total	2,243	0,134	1,381	0,240	3,842	0,050*

X<sup>2</sup>: valor de la prueba de Chi cuadrado. p: significancia asintótica bilateral. IMC: Índice de Masa Corporal. \* Casos donde se presentó asociación (p≤0,05).

De otro lado, para las variables antropométricas ajustadas según valores del puntaje z y divididas en percentiles se encontró asociación con el perímetro de la cintura para el sexo femenino y los valores considerados como normales para el índice tobillo brazo (p=0,027). Además, se encontró asociación entre el perímetro de la cadera y los valores considerados como normales para el ITB para el total de la población (p=0,050) (Tabla 23).

**Tabla 23: Asociación de variables antropométricas ajustadas y clasificadas según percentiles con respecto a la EAP.**

VARIABLE	Muestra	ITB disminuido		Borderline		Normal	
		X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p
Talla (z)	Femenino	1,407	0,236	0,029	0,865	0,665	0,415
	Masculino	1,806	0,179	0,365	0,546	0,534	0,465
	Total	0,028	0,866	0,291	0,590	0,062	0,804
Peso (z)	Femenino	0,011	0,916	0,197	0,657	0,190	0,663
	Masculino	0,354	0,552	0,028	0,867	0,208	0,648
	Total	0,072	0,788	0,062	0,803	0,008	0,927
IMC (z)	Femenino	1,084	0,298	1,775	0,183	0,048	0,827
	Masculino	0,267	0,606	0,365	0,546	0,552	0,457
	Total	1,318	0,251	0,355	0,551	0,097	0,755
Perímetro de la cintura (z)	Femenino	1,690	0,194	1,690	0,194	4,902	0,027*
	Masculino	2,273	0,132	0,152	0,697	0,420	0,517
	Total	0,019	0,892	1,381	0,240	1,708	0,191

Perímetro de la cadera (z)	Femenino	1,188	0,276	0,563	0,453	1,790	0,181
	Masculino	0,102	0,750	3,317	0,069	2,423	0,120
	Total	0,463	0,496	2,882	0,090	3,842	0,050*
Índice cintura-cadera (z)	Femenino	0,183	0,669	0,350	0,554	0,086	0,770
	Masculino	0,020	0,886	0,878	0,349	0,222	0,637
	Total	0,167	0,683	1,381	0,240	0,427	0,514

X<sup>2</sup>: valor de la prueba de Chi cuadrado. p: significancia asintótica bilateral. \* Casos donde se presentó asociación (p= ≤0,05). z: medida antropométrica para el sexo y la edad.

#### 4.1.5. Modelos de regresión logística binaria múltiple para los factores de riesgo o protección asociados a EAP.

Mediante modelos de regresión logística binaria se procedió a comprobar las asociaciones encontradas entre las variables sociodemográficas, comportamentales y biológicas con los valores del ITB disminuidos, en el límite de normalidad y considerados como normales. En este proceso se incluyeron las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa (p= <0,050) y, además se incluyeron las variables que presentaron valores de p= ≤0,25 con el fin de explorar otras posibles asociaciones no reveladas por las pruebas de Chi cuadrado. Se realizaron 3 modelos de exploración de acuerdo a la clasificación de los valores obtenidos para el índice tobillo brazo para descartar asociaciones espurias y explorar la posible asociación de otras variables no reveladas por el proceso de exploración por medio de la prueba de Chi cuadrado. Para cada modelo de exploración se realizó un análisis de regresión logística binaria de acuerdo al sexo y para el total de la muestra.

##### ***Primer modelo de exploración (valores para el ITB disminuidos):***

Para el sexo femenino se realizó el modelo *ITB dim 1*. Se incluyeron las variables horas sentado al día y antecedentes personales de hipertensión, las cuales presentaron asociación (p= ≤0,050) con los valores disminuidos para el ITB. Teniendo en cuenta el límite de significación establecido (p= ≤0,250) se incluyeron en el modelo de regresión las variables años de escolaridad, grupos de edad, tabaquismo, antecedentes personales de hiperlipidemia, colesterol HDL, índice cintura-cadera, talla (z) y perímetro de cintura (z) (Tabla 24). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre valores considerados como disminuidos para el ITB en las mujeres que presentaron tanto valores disminuidos para el colesterol HDL (p=0,048

OR: 3,142 I.C:1,012-9,749) como un índice cintura-cadera por encima del percentil 50 ( $\geq 0,915$  cm) para la población del municipio ( $p=0,028$  OR: 5,207 I.C:1,197- 22,655) (Tabla 25).

De otro lado, para el sexo masculino se realizó el modelo *ITB dim 2* en el que las variables en el límite de significación fueron los años de escolaridad, tabaquismo, colesterol HDL, triglicéridos, colesterol VLDL, talla (z) y perímetro de cintura (z). Las horas sentado al día fue la única variable que presentó asociación con valores disminuidos para índice tobillo brazo (Tabla 24). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre valores considerados como disminuidos para el ITB en los hombres que presentaron el colesterol HDL bajo o disminuido ( $p= 0,032$  OR: 3,785 I.C: 1,119-12,799) (Tabla 25).

Para el total de la población se realizó el modelo de regresión *ITB dim 3* en el que las variables en el límite de significación fueron los grupos de edad, antecedentes personales de hiperlipidemia, IMC (sin ajustar), índice cintura cadera (sin ajustar). En este modelo las variables que presentaron asociación fueron las horas sentado al día, los antecedentes personales de hipertensión y colesterol HDL (Tabla 24). De las variables consideradas solamente el colesterol HDL conservó asociación estadísticamente significativa con valores disminuidos para el índice tobillo brazo entre las personas que presentaron valores bajos ( $p=0,034$  OR: 3,266 I.C: 1,092-9,765) (Tabla 25).

***Segundo modelo de exploración (valores para el ITB considerados como límite de normalidad):***

En este segundo modelo para el sexo femenino se realizó el modelo *ITB borderline 1* y se consideraron las variables en el límite de significación escolaridad, tabaquismo, perímetro de cintura (sin ajustar), IMC (z), y perímetro de cintura (z). De otro lado, las variables incluidas en el modelo que tuvieron asociación estadísticamente significativa fueron el índice de masa corporal (según OMS 1995) y el perímetro de cintura (según IDF 2005) (Tabla 24). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los valores considerados como límite de normalidad para el índice tobillo brazo y las variables exploradas en este modelo.

Para el sexo masculino las variables en el límite de significación que se tuvieron en cuenta en el modelo *ITB borderline 2* fueron, estrato, tabaquismo, horas de pie al día, horas sentado al día, antecedentes personales de hipertensión, colesterol total, colesterol LDL, colesterol VLDL y perímetro de cadera (z). El perímetro de cadera (sin ajustar) fue la única variable con asociación estadísticamente significativa incluida en el modelo (Tabla 24). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los valores considerados como límite de normalidad para el índice tobillo brazo y las variables exploradas en este modelo. La asociación del perímetro de la cadera no ajustado fue descartada por el modelo.

En este modelo de exploración para el total de la población, *ITB borderline 3*, se tuvieron en cuenta las variables en el límite de significación estadística sexo, tabaquismo, horas sentado al día, IMC (clasificación según OMS 1995), perímetro de cintura (clasificación según IDF 2005), antecedentes personales de hipertensión, índice cintura cadera (sin ajustar), perímetro de cintura (z), perímetro de cadera (z), índice cintura cadera (z). El perímetro de cadera no ajustado fue la única variable con asociación estadísticamente significativa incluida en el modelo de análisis (Tabla 24). Los resultados para este modelo descartaron la asociación encontrada con el perímetro de la cadera no ajustado. Las demás variables tampoco presentaron asociación estadísticamente significativa.

***Tercer modelo de exploración (valores para el ITB considerados como normales con relación a los no normales):***

Para el sexo femenino se realizó el modelo *ITB normal 1* y se tuvieron en cuenta las variables en el límite de significación IMC (clasificación según OMS 1995), perímetro de cintura (clasificación según IDF 2005), antecedentes personales de hiperlipidemia, colesterol HDL, talla (sin ajustar), perímetro de cadera (sin ajustar) y perímetro de cadera (z). Se incluyeron los antecedentes personales de hipertensión y el perímetro de cintura (z), variables que presentaron asociación estadísticamente significativa (Tabla 24). Este modelo descartó las asociaciones encontradas con los antecedentes personales de hipertensión y el perímetro de la cintura ajustado. No se encontró asociación con las demás variables consideradas en el modelo.

Para el sexo masculino no se encontró ninguna variable con asociación estadísticamente significativa. Se realizó el modelo *ITB normal 2* que incluyó las variables tabaquismo, colesterol total, perímetro de cadera (sin ajustar), índice cintura-cadera (sin ajustar), perímetro de cadera (z), todas en el límite de significación (Tabla 24). Se encontró asociación estadísticamente significativa para los hombres que manifestaron no fumar ( $p=0,022$  OR: 3,541 I.C: 1,201-10,436) y valores considerados como normales para el ITB (Tabla 25).

Para el total de la población las variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria que estuvieron en el límite de significación fueron sexo, tabaquismo, IMC (clasificación según OMS 1995), antecedentes personales de hipertensión, colesterol HDL, triglicéridos y perímetro de cintura (z). El perímetro de cadera e índice cintura cadera no ajustados y el perímetro de cadera (z) fueron las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa en el modelo (Tabla 24). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino ( $p=0,009$  OR: 4,162 I.C: 1,423-12,175), quienes manifestaron no fumar ( $p=0,043$  OR: 3,487 I.C: 1,040-11,699), no presentar antecedentes personales de hipertensión ( $p=0,040$  OR: 2,615 I.C: 1,043-6,556) y los valores para el perímetro de la cadera ajustada que se encontraron por encima del percentil 50 (0,225 cm) de la población ( $p=0,027$  OR: 5,493 I.C: 1,216-24,806) con respecto a los valores considerados como normales para el índice tobillo brazo (Tabla 25).

**Tabla 24. Variables incluidas en los modelos regresión logística para establecer asociación con la EAP.**

Modelo	Muestra	Nombre	Variables ingresadas al modelo
ITB disminuido	Femenino	ITB dim 1	Años de escolaridad, grupos de edad, tabaquismo, <b>horas sentado al día*</b> , antecedentes personales de hiperlipidemia, <b>antecedentes personales de hipertensión*</b> , colesterol HDL, índice cintura cadera (sin ajustar), talla (z) y perímetro de cintura (z).
	Masculino	ITB dim 2	Años de escolaridad, tabaquismo, <b>horas sentado al día*</b> , colesterol HDL, triglicéridos, colesterol VLDL, talla (z), perímetro de cintura (z).
	Total	ITB dim 3	Grupos de edad, <b>horas sentado al día*</b> , antecedentes personales de hiperlipidemia, <b>antecedentes personales de hipertensión*</b> , <b>colesterol HDL*</b> , IMC (sin ajustar), índice cintura cadera (sin ajustar).
ITB Borderline	Femenino	ITB Borderline 1	Escolaridad, tabaquismo, <b>IMC (OMS 1995)*</b> , <b>perímetro de cintura (clasificación según IDF 2005)*</b> , perímetro de cintura (sin ajustar), IMC (z), perímetro de cintura (z).
	Masculino	ITB Borderline 2	Estrato, tabaquismo, horas de pie al día, horas sentado al día, antecedentes personales de hipertensión, colesterol total, colesterol LDL, colesterol VLDL, <b>perímetro de cadera (sin ajustar)*</b> , perímetro de cadera (z).

	Total	ITB Borderline 3	Sexo, tabaquismo, horas sentado al día, IMC (OMS 1995), perímetro de cintura (clasificación IDF 2005), antecedentes personales de hipertensión, <b>perímetro de cadera (sin ajustar)*</b> , índice cintura-cadera (sin ajustar), perímetro de cintura (z), perímetro de cadera (z), índice cintura cadera (z)
ITB Normal	Femenino	ITB normal 1	IMC (según OMS 1995), perímetro de cintura (según IDF 2005), antecedentes personales de hiperlipidemia, <b>antecedentes personales de hipertensión*</b> , colesterol HDL, talla (sin ajustar), perímetro de cadera (sin ajustar), <b>perímetro de cintura (z)*</b> , perímetro de cadera (z).
	Masculino	ITB normal 2	Tabaquismo, colesterol total, perímetro de cadera (sin ajustar), índice cintura-cadera (sin ajustar), perímetro de cadera (z).
	Total	ITB normal 3	Sexo, tabaquismo, IMC (según OMS 1995), antecedentes personales de hipertensión, colesterol HDL, triglicéridos, <b>perímetro de cadera (sin ajustar)*</b> , <b>índice cintura cadera (sin ajustar)*</b> , perímetro de cintura (z), <b>perímetro de cadera (z)*</b> .

\*Variables que presentaron asociación significativa en las pruebas de Chi cuadrado. (z): medida antropométrica ajustada para el sexo y la edad. ITB: Índice tobillo brazo.

**Tabla 25: Análisis por medio de regresión logística binaria de las variables que presentaron asociación ( $p < 0,05$ ) con la EAP o valores de p menores o iguales que 0,25.**

Variable dependiente	Muestra	Modelo	Variables del modelo	Grupo de referencia	Grupo de riesgo/protección	X <sup>2</sup>	P	OR	I.C 95%	
ITB disminuido ( $\leq 0.90$ mm/hg)	Femenino	ITB dim 1	Años de escolaridad	< 4 años	>4 años	0,370	0,543	1,431	0,450	4,550
			Grupos de edad	45-55 años	55-65 años	1,380	0,240	3,338	0,447	24,941
					65-75 años	0,636	0,425	2,257	0,305	16,692
					>75 años	0,016	0,899	1,136	0,160	8,052
			Tabaquismo	No	Sí	1,197	0,274	0,466	0,119	1,829
			Horas sentado al día	< 3 horas	> 3 horas	0,124	0,724	1,218	0,406	3,654
			Antecedentes de hiperlipidemia	No	Sí	0,622	0,430	0,628	0,198	1,996
			Antecedentes de Hipertensión	No	Sí	3,427	0,064	0,315	0,093	1,070
			Colesterol HDL	No bajos	Bajos	3,925	<b>0,048*</b>	3,142	1,012	9,749
			Índice cintura-cadera	< P °50	> P °50	4,838	<b>0,028*</b>	5,207	1,197	22,655
	Talla (z)	< P °50	> P °50	0,001	0,978	0,984	0,322	3,009		
	Perímetro de cintura (z)	< P °50	> P °50	1,501	0,221	2,233	0,618	8,074		
	Masculino	ITB dim 2	Años de escolaridad	> 4 años	< 4 años	0,603	0,438	1,520	0,528	4,374
Tabaquismo			No	Sí	1,494	0,222	0,448	0,124	1,623	
Horas sentado			> 3 horas	< 3 horas	0,008	0,927	1,050	0,368	2,994	

Normal	Total	ITB dim 3	al día								
			Colesterol HDL	No bajos	Bajos	4,584	<b>0,032*</b>	3,785	1,119	12,799	
			Triglicéridos	Alto	Normal	0,024	0,876	0,732	0,014	37,220	
					Borderline	0,149	0,700	0,683	0,099	4,734	
			Colesterol VLDL	Aumentado	Normal	0,030	0,862	1,398	0,032	61,346	
			Talla (z)	> P °50	< P °50	0,055	0,814	1,137	0,389	3,322	
			Perímetro de cintura (z)	> P °50	< P °50	0,015	0,903	1,069	0,368	3,104	
	Total	ITB dim 3	Grupos de edad	>75 años	45-55 años	0,746	0,388	2,335	0,341	16,006	
					55-65 años	0,115	0,734	1,399	0,202	9,704	
					65-75 años	0,001	0,974	0,969	0,150	6,270	
			Horas sentado al día	> 3 horas	< 3 horas	0,105	0,746	1,188	0,418	3,377	
			Antecedentes de hiperlipidemia	Sí	No	0,525	0,469	0,669	0,226	1,983	
			Antecedentes de Hipertensión	Sí	No	2,501	0,114	0,380	0,115	1,260	
			Colesterol HDL	No bajos	Bajos	4,487	<b>0,034*</b>	3,266	1,092	9,765	
			IMC	> P °50	< P °50	0,038	0,845	0,896	0,296	2,710	
			Índice cintura-cadera	> P °50	< P °50	3,770	0,052	0,285	0,080	1,012	
	Masculino	ITB normal 2	Tabaquismo	Sí	No	5,256	<b>0,022*</b>	3,541	1,201	10,436	
			Perímetro de cadera	> P °50	< P °50	0,342	0,559	1,481	0,397	5,528	
			Índice cintura-cadera	>°50	< P °50	2,234	0,135	1,870	0,823	4,251	
			Perímetro de cadera (z)	> P °50	< P °50	3,742	0,053	0,263	0,068	1,018	
			Colesterol Total	Alto	Deseable	0,182	0,669	0,783	0,255	2,407	
	Borderline	0,880			0,348	0,568	0,175	1,850			
	Total	ITB normal-Total	Sexo	Masculino	Femenino	6,778	<b>0,009*</b>	4,162	1,423	12,175	
			Tabaquismo	Sí	No	4,092	<b>0,043*</b>	3,487	1,040	11,699	
			IMC	Obesidad	Normal	0,122	0,727	1,282	0,318	5,168	
					Sobrepeso	3,092	0,079	3,003	0,882	10,228	
			Antecedentes de Hipertensión	Sí	No	4,202	<b>0,040*</b>	2,615	1,043	6,556	
Colesterol HDL			No bajos	Bajos	0,005	0,942	0,958	0,304	3,021		
Triglicéridos			Alto	Normal	0,351	0,553	1,404	0,457	4,315		
				Borderline	3,530	0,060	4,825	0,934	24,921		
Perímetro de cadera			>P°50	< P °50	1,262	0,261	2,388	0,523	10,901		
Índice cintura-cadera	> P °50	< P °50	0,781	0,377	1,663	0,538	5,137				

			Perímetro de cintura (z)	> P °50	< P °50	0,042	0,837	0,865	0,217	3,450
			Perímetro de cadera (z)	< P °50	> P °50	4,903	<b>0,027*</b>	5,493	1,216	24,809

## 4.2. Componente cualitativo.

A continuación se presentan los resultados del componente etnográfico. En este se abordan los principales aspectos relacionados con el cuidado de la salud vascular a partir de entrevistar a 17 individuos con EAP tomados de la muestra total de esta investigación. Aunque algunas de las personas no presentaron síntomas de claudicación intermitente -dolor en las piernas que se presenta al caminar o durante el ejercicio-, todas las personas seleccionadas para la muestra etnográfica y que accedieron a la aplicación de la entrevista tenían diagnóstico de EAP (valores para el ITB  $\leq 0,90$  mm/hg). De estos, sólo un individuo (mujer de 63 años) tuvo EAP severa y, además, había sufrido una trombosis y como secuela presentaba parálisis parcial de la parte derecha del cuerpo.

De otro lado, es necesario aclarar que si bien el componente etnográfico se orientó hacia el conocimiento de las concepciones, prácticas, acciones e itinerarios terapéuticos derivados de la EAP, durante el proceso de entrevistas se evidenció que las personas presentaban otros padecimientos crónicos coexistiendo con la enfermedad. Debido a esto, se amplió el espectro de enfermedades inicialmente considerado, aun cuando la indagación principal siguió siendo la afectación por EAP.

### 4.2.1. Percepciones sobre la salud, la enfermedad y el riesgo.

#### 4.2.1.1. El concepto de salud y enfermedad en la comunidad Jardineña.

La salud se dirige a un valor muypreciado que hay que conservar. Para la comunidad el estado de salud se refiere a una situación de bienestar general, completitud, que generalmente se tiene mientras se es joven. En cambio la enfermedad se asocia con la imposibilidad de desarrollar las labores cotidianas, tales como la aptitud para trabajar, caminar o realizar oficios domésticos, y en

algunos casos con el incremento de la edad cuando se acumulan dolencias que afectan el estado de ánimo y con las cuales se puede aprender a convivir y aceptar.

-“No pues la salud es todo en la vida, es una riqueza, es la mayor riqueza que uno pueda tener. Y la enfermedad, no pues, ya es lo mínimo que un ser humano puede tener” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 17:19-17:37.

-“Cómo digo yo...No pues la salud la tiene uno mientras se es más o menos joven. Pero ya a la edad mía ya uno tiene que aprender a vivir con todo esto, porque eso ya son cosas de la vejez. La salud la veo como algo normal. A mí eso no me preocupa. A mí lo que me preocupa es cuando de pronto se me eleva la presión. De resto, no” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 15:16-16:03.

-“No, uno cuando se enferma el estado anímico es muy malo. Uno siempre se siente desalentado y uno se desanima. Si uno esta aliviado esta para lo que sea. Cuando uno está aliviado pues es lo mejor del mundo, es lo mejor que uno pueda tener en la vida, la salud. Si usted no tiene salud usted puede tener plata y puede tener lo que quiera pero usted no tiene nada sin salud. ¿Qué se gana usted con 40 o 50 millones de pesos en el bolsillo y tirado en una cama y sin poderse mover? ¿Eso pa´ qué? La salud es todo en la vida” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 2:58-4:04.

-“Sí, enfermo como él que era tan trabajador y ya no poder hacerlo, él siempre se mantiene por allá como achicopalado como dice el cuento. Uno siempre a veces se ve como incapacitado para hacer los destinos. Porque como digo yo, yo como me levanto hay días en que no puedo hacer nada. Es que tengo días que me levanto así como gachita y muy cojineta, mucho, mucho. Entonces uno siempre piensa. Bendito sea mi dios, uno verse así a estas alturas. ¡Todavía uno como con ánimos de trabajar y no poder! Y como el medico siempre me dijo, vea usted no puede lavar, ni barrer, ni trapear. Entonces como digo yo. ¿Y si no soy yo la que hago los destinos aquí, quien más, si la hija se mantiene trabajando? Y eso me toca hacerlo a mí” (Entrevista a hombre de 72 años, responde su esposa). Min: 11:23-15:51.

Para algunas personas del presente estudio, la salud se encuentra fuertemente determinada por sus creencias religiosas o su sentido de espiritualidad, en tanto se comprende como un don otorgado por Dios. La fe subyace como dispositivo importante de afrontamiento ante la enfermedad puesto que, ante los momentos en que un padecimiento se vuelve crónico o empeora de manera súbita, se recurre a las creencias religiosas para hacer frente a las enfermedades. Se recurre a ello como una alternativa que complementa los tratamientos y procedimientos recomendados por el personal relacionado con la atención en salud. Así, la fe o las creencias religiosas, operan en forma de favor para sortear los momentos de enfermedad y se expresan a través de realizar oraciones, las cuales puede realizar el individuo que presenta el padecimiento de manera individual o con la participación de su familia. Este auxilio se hace posible, en primer lugar, mediante la encomienda de los individuos a imágenes religiosas, la oración y ofrendas que son presentadas a los santos principalmente de la iconografía católica, durante el curso de

afectación más severa de su enfermedad y ante la inminente realización de procedimientos médicos de alta complejidad. Una vez sorteado el proceso de enfermedad de manera total o parcial, se continúan realizando oraciones y ofrendas por tiempo indefinido como agradecimiento a los favores recibidos y se adoptan tales imágenes y santos como protectores del estado de salud.

-“...la salud, es lo más bello del mundo. Uno con salud es mucha gente. El regalo más grande que Dios nos da es la salud” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 19:31-19:47.

“La salud es tener fe. Simplemente tener fe en Dios y en María Santísima y echar pa’ delante. Y la tranquilidad, que es lo primordial que debería tener uno. Y no echarse a morir uno por tanta cosa, que hay tanta cosa que le dicen” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 21:15-22:08.

-“Aquella viejita [señalando una imagen de una virgen en la sala de la casa] fue la que me salvo de la amputada del pie. Yo le tengo la fe es meramente a chuchito, a este viejito. Y no, no, no. A mí me duele cualquier cosita y ya como que la doctora es ella porque yo le rezo cualquier padrenuestro y ya” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 13:30-14:52.

- “Rezar el rosario, nosotros rezamos el rosario, la coronilla. Es que nosotros hemos pasado por muchas difíciles y mi Dios nos ha ayudado mucho. Una señora que tuvo un accidente y se vio ya muy mal. Se iba a morir, estaba en cuidados intensivos. Y a ella la familia le regalaron esta, la santísima, la santificadora, y que la mantuvieran alumbrada. Y ella se curó. Y ella le dijo a mi papá, ella lo quiere mucho y le dijo. Sí yo me curo del todo le regalo la virgen. Y sí, cuando le dijeron que estaba bien ya del todo, vino y le trajo la virgen. Y eso hace que él no va a consulta” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 13:30-14:52.

La fe no sólo opera como un dispositivo que permite darle sentido al proceso de enfermedad, sino que también contribuye al proceso de comunicación entre los pacientes y su familia con el personal médico, puesto que este último tiene una concepción de la salud y la enfermedad derivada del ámbito biomédico que cuestiona tanto las creencias como los comportamientos de los individuos con respecto a su salud. Ante las divergencias que se presentan entre el criterio biomédico y las creencias de los pacientes y su familia, la fe se ubica en un punto intermedio que permite reestablecer la comunicación clínica, así como lo expresa el siguiente testimonio.

-“Me decía el médico que me estaba tratando que era el que me iba a hacer la cirugía, pero con esa cantaletrica cada que arrimaba a examinarme. Ustedes que, tienen, que vea. Usted, como puede que se le haga la cirugía y quede bien, o salga en un cajón, o haya que mocharle la pierna. Hágale, hágale. Si me voy a morir, pues que se va a hacer. Si me van a cortar la pierna, la misma. No, eso tranquilito, el caso es que me haga la cirugía. Me hicieron como 3 o 4 veces dejar, no pues, sin alimentarme de nada, que no me podían dar nada que porque me iban a hacer la cirugía. Y nosotros ya con rabia allá. Entonces le dijo mi hija, el que sabe es mi diosito que es el que está arriba. ¿Cómo era que usted le decía?” (Entrevista a hombre de 81 años y su hija mayor). Min: 10:57-13:28.

-“Nosotros tenemos tanta fe doctor que a él le va a ir bien. Mi Dios es muy grande. Y me dijo, ¿y si ese día amanece pequeñito? Yo le dije, vea, así este como un granito de mostaza, él lo va a ayudar y él lo va a salvar. Y el día que lo operaron me lo encontré, salía del seguro. Doctor y ¿cómo le fue en la cirugía a mi papa? Uy muy bien. Entonces yo le exprese, doctor, ¿si ve que yo le dije que el señor era muy grande? Y agachó la cabeza. Mi dios es muy grande, nosotros tenemos mucha fe que a él le va a ir muy bien. Y sí, le fue muy bien” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 10:57-13:28.

Además, se piensa que los estilos de vida practicados por los individuos también determinan la enfermedad, especialmente cuando las personas van envejeciendo y acumulando malos hábitos. En este sentido, se menciona que durante la juventud no se hacía tanto énfasis en el cuidado de la salud vascular, como forma de prepararse para llegar a la tercera edad. Esto fue percibido debido a la falta de una educación desde etapas más tempranas del ciclo vital para el cuidado de la salud, ya que cuando se recibieron o se emprendieron acciones para el cuidado de la salud vascular fue cuando ya esta se había deteriorado. En relación con este aspecto, con el tiempo, la no adherencia a las recomendaciones recibidas sobre comportamientos en salud que se consideran adecuados por parte del personal médico cuando se tienen problemas como hipertensión, igualmente tienen un efecto acumulativo conducente a la enfermedad.

-“Es que, si cuando uno esta joven.... Supiera lo que la va a pasar ya bien viejito, uno se cuidaría mucho, ¿no cierto? Uno haría lo posible por prevenir muchas cosas. Entonces uno se excede en mucha cosa. Y van llegando los años y las enfermedades y ahí si llega todo juntico” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 2:07-3:40.

-“A ver, si desde adolescentes supiéramos como cuidarnos y prevenir muchas cosas yo creo que no habría enfermos. Porque es que uno de joven se excede en todo, nadie le recomienda esto, esto o aquello, simplemente si vas al médico te dice “ay es que usted no debe comer tal cosa”, pero muchas veces hasta puede ser ya tarde cuando se lo dicen a uno (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 19:55-21:48.

-“Si a uno le dicen que hay que cuidase, no tomar trago, no fumar y uno sigue la misma cosa, no es capaz uno de tenerse bien. Uno tiene que ser muy ordenado [con las recomendaciones para el manejo de la hipertensión] y más ya a la edad de uno, que no puede hacer muchas gracias, que ya no es como cuando uno estaba joven” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 13:27-14:15.

-“Uno no prevenirse a tiempo, no ir a los hospitales a tiempo, no tomarse los medicamentos como los ordenan los médicos.” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 17:41-17:58.

La enfermedad y las enfermedades relacionadas con el sistema vascular se tomaron por parte de la comunidad con una actitud de resignación y aceptación. Aunque puedan producir dolor o algún grado de discapacidad, solo son realmente concebidas como una enfermedad cuando reducen al individuo a no poder estar activo, en un hospital o una cama sin posibilidad de sortear tal estado y la dependencia de otras personas, por lo que en general se encontró que los

entrevistados toleraban las dolencias. Debido a que la definición de lo que es enfermedad para quienes participaron de la entrevistas se estructuró a partir de estos elementos, se observó que a pesar de presentar EAP y otras enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o haber presentado complicaciones vasculares como trombosis, se toleraban de manera normal y con actitud positiva las dolencias. A pesar de presentarlas algunos consideraron que aún podían desarrollar, o habían pasado por un periodo de adaptación, las actividades laborales o domésticas y por ello no se consideraban o incluían a sí mismos en la categoría de enfermos.

-“No pues una enfermedad, tiene uno que resignarse. Porque si me dicen que yo tengo una enfermedad, yo que me gano con ponerme a llorar, con ponerme a desesperarme, que tal cosa. Ya eso sí es cuestión del de arriba. Sufrir con resignación, como dice el cuento. Se tiene uno que enseñar, tiene que ser uno realista de que va a tener una enfermedad y tiene que saberla llevar. Ya verá uno como la va a llevar, con paciencia. Y aguantarse los dolores si es que de pronto no hay la droga” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 18:10-19:47.

-“Pues no, pues yo lo tomo que sí, uno verse así enfermo o alguna cosa. Nosotros estamos a poder de una niña no más que es la que ve por nosotros, por todo, y yo no puedo hacer nada. Pero no tanto por la presión sino más por los ojos.” (Entrevista a hombre de 72 años). Min: 11:23-15:51.

-“Pues la enfermedad, muy horrible por los dolores. Pero entonces uno toma pastillas pal dolor y se compone un poquito. [Salud es estar] uno contento, alegre y todo eso. Y hacer los destinos fácil y todo” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 14:23-14:53.

-“No pues para mí la salud es tener muy buena salud, estar siempre sin ninguna enfermedad, activo siempre. Y la enfermedad sería estar en una cama. Para mí una enfermedad es ya uno en una cama, que no se pueda mover” (Entrevista a mujer de 53 años). Min: 8:07-8:40.

-“Pues, para mi enfermedad es uno no poderse levantar de la cama, que no sienta uno deseos de hacer nada, como suele pasar. Y que uno no pueda salir, ni ir ni venir, no querer hacer nada en la casa. Eso es la enfermedad para mí. Y para mí la salud es tener uno alientos de levantarse, de hacer sus destinos, de ir y venir. Estar bien, para mí estar bien es de todas formas, no tener problemas ni con los vecinos, ni con los hijos, ni con las amistades” (Entrevista a mujer de 65 años). Min: 28:15-29:28.

#### **4.2.1.2. Percepciones y prácticas cotidianas relacionadas con la salud, el riesgo y la protección de la salud vascular.**

En relación al riesgo y la protección de la salud vascular la mayoría de las personas que participaron de las entrevistas más que definiciones de estos conceptos, hizo referencia a la percepción sobre acciones de la vida cotidiana que para ellos se relacionaban con la posibilidad de padecer este tipo de enfermedades. Así, se encontró que la población del municipio identificó principalmente, y tiene al parecer un mayor conocimiento, sobre algunos de los factores de riesgo comportamentales comunes a todas las enfermedades crónicas. Desde el ámbito

biomédico se plantea que tales factores de riesgo tienen a su vez una relación directa con el desarrollo de enfermedades de las arterias y el corazón, percepción que fue compartida por gran parte de los individuos que participaron de las entrevistas.

Entre las acciones cotidianas que la población identificó se hizo referencia a hábitos no saludables relacionados principalmente con la dieta –una alimentación con altos contenidos de grasas, azúcares y sal-, la no realización de actividad física, el consumo excesivo de alcohol y el hábito de fumar. No solo se reconocen estos aspectos como factores con algún grado de explicación en el origen de los padecimientos del sistema vascular, sino que también fue percibido que estos hacen parte de la vida cotidiana de los individuos que viven el municipio –en su trabajo o después de este-, y se admitió que en ocasiones no se hacen efectivas las medidas para evitarlos aun cuando son reconocidos como prácticas o factores que incrementan el riesgo.

“Pues, que más que la grasa, que el licor, el cigarrillo, el no hacer ejercicio” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 19:39-20:05.

-“Fumar, el beber, comer muchas grasas, es lo que yo he escuchado [en relación al riesgo de padecer enfermedades del sistema vascular como la EAP]. Pero la grasita es muy buena, uno no deja de comer, jejeje” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 4:20-5:07.

-“En la vida diaria está presente más es [en relación a conductas o aspectos considerados como de riesgo para enfermedades vasculares]... yo digo que el que toma, fuma y trasnocha, tiene la posibilidad. Y hay gente que trabaja bastante y se mata y de todo y después le echa los tres venenos al cuerpo. Y más uno en este pueblo, que en este pueblo trasnocha mucho la gente. Aquí la gente trasnocha bastante, bebe mucho y fuma mucho. Inclusive ve usted hasta a los niños por ahí fumando cigarrillo” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 15:24-17:06.

-“No pues yo digo que el licor, los climas. Exagerando uno el cuerpo a los climas fuertes, al calor y al agua. Al agua más que todo. Y por la alimentación no adecuada, de pronto en mucho exceso. Y las grasas, la sal. La sal dicen que es muy dañina para las enfermedades del corazón, para la presión, altera la presión, para el hígado” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 18:00-19:04.

Aunque principalmente se hizo alusión a la influencia que estos aspectos o hábitos comportamentales pueden tener en el estilo de vida actual o del pasado, también se perciben como factores de riesgo otros aspectos y conductas relacionadas con el entorno laboral, como jornadas muy largas, esfuerzos excesivos y la falta de descanso. Además, se hizo alusión por parte de algunas personas a que el estado de ánimo operaba como un elemento de gran relevancia frente a presentar una buena salud vascular, por lo que se consideró que no sentirse con la capacidad de sortear situaciones de la vida cotidiana, no mantener un buen estado anímico en

todo momento, deprimirse, tener muchas preocupaciones, no saber manejar el estrés, tener malas relaciones con las personas que hacen parte del círculo familiar, de amigos o vecinos, podían constituir elementos que incrementaban el riesgo de padecer este tipo de enfermedades.

-“Dizque los esfuerzos, de hacer ejercicio. De hacer mucha fuerza. Y que no preocuparse uno, no estar tensionado ni pensar que está enfermo. Creer que no va a ser capaz de salirse uno de una situación.”(Entrevista a hombre de 72 años). Min: 18:17-19:22.

-“No pues que uno, por ejemplo, se debe cuidar mucho, lo que es de las grasas, las harinas, los dulces. Tratar de comer muy sano... que no alimentarse bien, excederse demasiado en el trabajo, estar a toda hora uno sin descansar. Pues yo pienso que todo eso ayuda para esas enfermedades. Una depresión. Los estados de ánimo. Aunque, pues yo en eso sí me mantengo excelente. Ah, mis hijas me dicen, no mami es que usted es un roble” (Entrevista a mujer de 53 años). Min: 8:45-10:08.

-“Pues, yo pienso que de pronto una alimentación bien. Sí los hábitos de la comida. Una comida mal preparada, muy condimentada. Eso le afecta a uno la salud. Problemas con los vecinos, con los hijos, que uno se mantenga de mal genio, maldiciendo, yo digo que eso si lo puede afectar a uno.”(Entrevista a mujer de 65 años). Min: 29:37-30:48.

Puede verse, a la luz de los fragmentos de las entrevistas anteriores, que la mayoría de las personas que fueron entrevistadas tiene conocimiento sobre acciones que constituyen factores de riesgo para la salud vascular, las cuales estuvieron en mayor medida comprendidas en el no seguimiento de hábitos de vida saludables tales como: hacer ejercicio, mantener una dieta baja en grasas, sal y azúcar, el no consumo de alcohol y tabaco. Aun cuando esto se hace evidente, algunos individuos percibieron que ya era tarde para corregir aspectos relacionados con el estilo de vida y los factores o conductas de riesgo derivados de estos -como el sedentarismo y el consumo de tabaco-, ya que se consideró que cuando ya se ha producido algún efecto adverso en relación a el estado de salud del sistema vascular, la suspensión de los hábitos y conductas riesgo no iba a otorgar el estado de salud inicial.

-“La alimentación. Cuidarse uno mucho la alimentación. A él más la grasa es lo que más le hace [daño] para la circulación. Nosotros comíamos mucha grasa. Uno no se cuida. Uno ya por mucho ejercicio que haga ya no se va a curar de eso. Por ejemplo él hace como 28 años que dejo de fumar, pero para que si él ya tenía su problema en los pulmones.”(Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 30:53-32:33.

-“Y también me gustaba el traguito. Pero traguito, tragote. Pero bastante. Y también lo deje hace 14 años, pero ya pa´ que, ya uno, Santa Bárbara bendita, a lo que pasó el rayo [cuando ya presenta problemas de salud derivados de tales hábitos]” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 33:26-35:05.

De otro lado, con respecto a las acciones relacionadas con la protección de la salud vascular, se percibió por parte de la mayoría de los entrevistados que estas correspondían principalmente a la adherencia a los hábitos de vida saludable, cuyas características o elementos principales ya fueron mencionados en su mayor parte en los fragmentos de entrevista presentados anteriormente.

Se observó que en general las percepciones sobre factores de protección o conductas benéficas para la salud vascular operaron de manera análoga, a través de una relación interdependiente, con respecto a la percepción de conductas de riesgo. Así, las alusiones sobre lo que fue considerado como protector del estado de salud vascular por parte de los entrevistados se estructuró a partir de su contraposición con el riesgo. Lo que fue benéfico para la salud vascular adquirió o se le otorgó tal connotación porque iba en la vía contraria de las conductas o factores de riesgo que la población conocía o de los que había escuchado hablar. Aunque no se hizo alusión a acciones benéficas concretas diferentes de las ya mencionadas, la percepción giró en torno al seguimiento de recomendaciones emitidas por el personal médico del municipio, el tipo de relaciones con las personas, y aspectos relacionados con la vida laboral, como tener tiempos de descansos adecuados y evitar el estrés. Estos aspectos sobre las definiciones del cuidado de la salud vascular pueden verse representados en los siguientes fragmentos de entrevista, derivados de la indagación particular por tales conductas o factores de protección:

-“Por ejemplo, el no hacer ejercicio. Nosotros no hacemos ejercicio, nosotros no caminamos. Él [el papá] empieza a caminar y se asfixia y no, uno a veces se vuelve muy sedentario. También la alimentación. Uno más joven no se cuidó de la alimentación y ahora está pagando” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 30:53-31:00.

-“No....pues a uno le dicen [el personal relacionado con la atención en salud] que el ejercicio la alimentación balanceada, buena, no comer mucha sal, toda esas cosas, para uno vivir más o menos. Ni mucho dulce, ni mucha sal. Entonces uno siempre, claro que yo no me cuido mucho, pero más o menitos jajajaja. Yo brego a alimentarme bien. Camino, como frutas, me encanta el mango, banano, todo eso. Y hago juguitos por ahí, no todos los días, pero intento alimentarme bien” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 16:05-17:12.

-“Pues, yo [en relación a lo que fue percibido como conductas de protección de la salud vascular] lo que es trasnocho nada, licor nada, fumar nada. Y los alimentos muy suaves, muy simples de todo, de sal y de azúcar” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 8:09-8:39.

-“Recomendaciones [que hace el personal médico] como no consumir harinas, grasas y que más. La sal y el dulce, todo simple. Simple de sal y simple de dulce. Que por ejemplo la carne no debe de ser frita sino asada, no comer huevo. La aguapanela pues es poco lo que tomo porque siempre

como que me hace algo de daño” (Entrevista a hombre de 72 años, responde su esposa). Min: 19:26-20:44.

-“Pues como uno mantener muy buenas relaciones con la gente, salir a descansar a divertirse. Todas esas cosas nos ayudan a vivir bien. Ir a orar, porque hay que ir a visitar la casa del señor” (Entrevista a mujer de 53 años). Min: 10:12-11:03.

-“Sí, los buenos hábitos, no fumar evitar uno mucho trastorno como las comidas en la calle, las gaseosas y todas esas cosas así” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 19:06-19:50.

-“Sobre todo eso. Cuidarse de beber, de comer grasas y hacer ejercicio. En verdad yo ejercicio hago muy poquito, el que tengo que hacer en mi trabajo” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 5:08-5:34.

En relación a las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud vascular se evidenció que algunos de los entrevistados tenían conocimiento -porque habían escuchado hablar o habían consultado en alguna ocasión- de personas dentro de la comunidad que realizaban tratamientos con plantas. Además, en general, se evidenció que la mayoría de individuos tenían algún conocimiento sobre recetas caseras –bebidas en base a plantas, paños y emplastos con hierbas- que habían aplicado ellos mismos en algún momento y a las que atribuían beneficios para el tratamiento de los padecimientos del sistema vascular. Dentro de estas prácticas se hizo referencia a remedios para el control de la presión arterial, enfermedades del corazón, diabetes, problemas de circulación a nivel periférico y secuelas derivadas de estas enfermedades, por lo que para sus padecimientos los individuos ponían en práctica recetas caseras, medicina naturista, utilizaban plantas o recurrían a personas con conocimientos sobre plantas y otras formas de curación, como se puede leer en los siguientes fragmentos:

-“Sí, sí. De plantas, mucha gente recomienda plantas. Que una bebida de determinadas plantas. Hablan mucho de una cosa que se llama yacón, que eso lo venden en Medellín. Hablan mucho de que eso es muy bueno para la presión, para prevenir cardiacos y todas esas cosas. Pero yo nunca he utilizado nada” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 0:54-1:32.

-“De eso no se ha tratado nada [sobre las posibilidades de tratamiento que le plantea el personal médico]. Eso, lo que es, es que hay veces que por cuenta mía, por ahí, yo tengo ahí una mata de insulina y eso hay veces que si me está molestando mucho la diabetes me hago bebidas de eso y tomo. Y es mejor todavía que las pastillas, jajajaja. ¡Oiga, uno siente como más mejoría! Es que las pastillas pues uno se las toma pero no, eso ya es más como por una costumbre ya. Le digo a la señora que me haga una bebida de eso. Tomo por ahí 3 veces en el día de eso. Y uno siente que se siente bien. Es que inclusive, por ahí hay un señor que sufre también de lo mismo y él nunca va al hospital, sino que diario toma de esa matica” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 6:16-8:06.

-“...de pronto cuando me duele mucho y se me inflaman mucho las piernas [como remedio] me echo por la noche agua con sal de Inglaterra, y como que siempre me sirve. Pero como droga, no. Una misma doctora me dijo que me acostumbrara a la agüita de sal de Inglaterra. O sal Epsom, eso le llaman de muchas maneras, jajaja. [Lo hace] hace añitos ya, pero no muy diario. De muy de vez

en cuando. Porque a mí me dijo un médico que no lo podía hacer diario porque era muy caliente y de pronto me reventaba las piernas. Entonces cuando estoy un poquito adolorida si me echo una agüita por la noche. Siempre me sirve. Otra cosa que [también] me sirve es como... ajo de yerba de sapo con repollo morado, me deshincho. Eso también me lo hago yo de vez en cuando. Eso es lo único que me hago porque droga, no, nada” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 2:43-4:25.

-“No, ya del hospital, yo fui por el dolor de la pierna, que me iban a mandar pa’ Medellín [para tratar las secuelas producto de una trombosis del lado derecho del cuerpo]. Y fui donde un muchacho que hay por aquí y le dije, dígame ¿qué señor hay que componga que me haga gritar? Y me dijo, vaya allá junto a la virgen y ahí en el balcón hay un señor. Y fui y me sobó y estaba descompuesta y me alivie del pie. Entonces no hice eso lo que me dijo el doctor, ¿pa’ qué?” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 12:37-13:15.

Al respecto de las practicas a las que se recurre para el cuidado de la salud vascular, sea para la prevención o tratamiento de enfermedades como la EAP, aunque se acude principalmente al hospital del municipio, también existe una percepción favorable hacia el uso de la medicina natural como práctica común a la que, según algunos de los entrevistados, se accede en forma de productos expendidos en tiendas naturistas y por conocimientos sobre las propiedades de algunas plantas. En relación con lo anterior, también se percibió que las recetas caseras eran benéficas para la recuperación de la salud y tratamiento de padecimientos del sistema vascular y, al igual que para el uso de la medicina naturista, este tipo de prácticas cuentan con un buen concepto por parte de quienes las han puesto en práctica debido a que han tenido algún grado de efectividad en el manejo de sus padecimientos. En algunos casos se utilizaban estos dos tipos de terapia simultáneamente y estas prácticas son percibidas como benéficas por su procedencia natural y como estrategias que funcionan eficazmente en la prevención de las enfermedades del sistema vascular.

-“No, yo [principalmente] voy al médico y hago lo que me ordenan y procuro cumplir las recomendaciones que ellos me dan, como caminar y rebajar las grasas” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 17:26-18:13.

-“Él [su papá] toma mucho omega 3. El omega él hace muchos años lo toma y yo creo que desde eso fue que dejo de fregar con eso de lo cardiovascular” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 19:49-20:56.

-“No, no, a mí eso ya se me ha quitado mucho [síntomas de claudicación intermitente] porque a mí me dijeron que para los calambres era muy bueno el agua con bicarbonato. Tomarse uno un vasado de agua. Le puede echar limón o se la toma sola. Antes de acostarse. Y a mí sí me sirvió. Me sirvió mucho. Y ya me han mermado mucho gracias a mi Dios. Si porque uno siempre toma. Yo por ejemplo me gusta mucho tomar la Omega, me gusta tomar el Ginkgo Biloba” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 11:19-12:28.

-“Sí, yo pienso que la medicina alternativa, es decir, la droga botánica previene muchas enfermedades porque limpias las venas y las arterias de la grasa. Lo limpia a uno y ya después de

eso el corazón no se ve afectado. Pienso que son muy buenas esas drogas” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 13:11-14:11.

El resultado de las entrevistas permite evidenciar que la población de Jardín evidentemente tiene conocimientos sobre tratamientos que pueden poner en práctica mediante el uso de plantas y elementos de origen natural, los cuales son reconocidos por la población como protectores de la salud vascular y a los que se recurre en ocasiones como complemento de los tratamientos derivados del ámbito biomédico. Algunas personas no utilizan estas opciones terapéuticas porque prefieren siempre consultar con el personal médico del hospital. Una de las razones para esta preferencia según algunos de los entrevistados es que aún no confían en la medicina natural en el mismo grado que en lo hacen con medicamentos producidos por la industria farmacéutica. Así, con respecto al uso de plantas y la medicina natural algunas de las razones por la que las personas sienten desconfianza es, en el caso de las plantas, por el desconocimiento de las cantidades exactas que deben utilizarse para tratar una dolencia específica. Además del desconocimiento de las cantidades en que deben usarse las plantas, otro de los obstáculos para la adherencia y la preferencia de esta opción terapéutica en el tratamiento y prevención de las enfermedades del sistema vascular son los altos costos que a veces se cobra a quien recurre en búsqueda de atención.

-“Aquí hay, [fui a una de las tiendas naturistas]. Pero entonces yo pienso, las plantas naturales no son malas, sino que deben de tener como cierta medida. ¿Pero que coja hojas? Uno no sabe si son 3 o 4, o 10 o 15. Yo estuve donde un médico de esos y tampoco me gusto. De ahí de la botica, él me dijo, vea coja esta ramas, estas y estas, pero no me dijo que cantidad. Sí, porque es que eso debe tener alguna medida. Es que yo sé que en exceso las cosas son dañinas” (Entrevista a mujer de 65 años). Min: 11:14-13:11.

-“[Utilicé la medicina natural] una sola vez. Y siempre muy costoso. A pesar de que me mando unos frasquitos de unas gólicas y después que hiciera esos brebajes. Y no me gustó. Inclusive, que yo por cierta cantidad entonces me dijo, ah, entonces esto le vale 50.000 pesos. Sí la hacía toda eran 100.000 pesos. Y yo dije, no, no, no. Esto es un negocio pulpito pa´ él. Y las ramas las encuentra uno por ahí fácil, solo que deben tener una medida. Pero uno conoce las ramas [plantas]” (Entrevista a mujer de 65 años). Min: 13:14-14:06.

Aunque dentro del municipio existe un espacio televisivo en el que se pretende tener una comunicación permanente con la población y se dan algunas recomendaciones para el fomento de hábitos de vida saludables y el cuidado de la salud, también se encuentra que permanentemente se difunden a través de medios de comunicación mensajes que tienen la finalidad de promocionar productos naturistas con beneficios para el estado general de salud y

para el sistema vascular. Este último aspecto fue percibido como un obstáculo para el uso de opciones naturales por algunos de los entrevistados, ya que frente a ese tipo de publicidad subyace una sensación de desconfianza. En contraste con este imaginario, también se encontró que, por el contrario, algunas personas son inducidas a la compra de estos productos al escuchar este tipo de mensajes en los medios de comunicación, un ejemplo de ello fueron los productos para bajar de peso.

-“La comunicación sí es directa con el paciente, pero también tenemos programas de televisión, Antena 4, donde a la comunidad continuamente están enviándoles mensajes para los cuidados de la salud, para que hagan ejercicio, para que sigan dietas adecuadas y sanas.” (Entrevista con personal médico, E.S.E Hospital Gabriel Peláez Hernández. Jardín, Antioquia). Min: 4:25-5:23.

-“Pues nosotros [persona entrevistada y su esposa] hemos hecho es bebidas. Y por ejemplo yo, a mí nunca me habían descubierto de la presión nada porque yo siempre he usado el cogollo de guayabo niñito, tomar la bebida en ayunas. Eso es lo único. Porque a mí me han dicho también que dizque que ese omega 3 también sirve. Y yo no he hecho el ensayo. Eso avisan por la radio. Pero entonces nosotros no hemos hecho ese ensayo. Y eso dizque es bueno también pa’ la presión. Pero no a nosotros nos da desconfianza de que de pronto sí o de pronto no.”(Entrevista a hombre de 72 años). Min: 10:11-11:07.

-“Me lo recomendaban [utilizar la medicina natural] personas que lo tomaban y les aprovechaba. Y también por lo que en ese programa que hacen en Surandes [cadena radial] por la mañana hablan muchos de la Omega. Una muchacha o señora, no sé, que hacen un programa donde recomiendan mucho el Omega 3 y el Ginkgo Biloba” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 12:33-13:08.

-“Pues lo que pasa es que yo también acudo mucho a lo que es esto natural. Si alguien me dice, vea usted tiene que tomarse esta planta, yo mando por ella. He utilizado mucho también los indígenas, el tratamiento indígena y cosas como el Omega. Pero ya eso es particular. Por ejemplo, yo escucho por la radio que para tal enfermedad existe esto, las 50 primeras personas que llamen para obtener esto. Yo pido eso. Tomé dizque pastillas para adelgazar, pero al paso que va yo como que me las tomo y me engordo más, entonces hasta ahí la paré. Yo tuve un tiempo de que me tomé una malteada y utilizaba el apio con piña y llegué de 107 kilos a bajar a 94. Y caminando. Y después me cogió, como dice uno, una pereza, y volví y subí. Pero sí he utilizado mucho lo que es lo natural” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 4:57-7:03.

## **4.2.2. Estilos de vida saludable y prácticas en salud.**

### **4.2.2.1. Percepciones alrededor de los hábitos de vida saludables: alimentación y régimen de actividad física en el municipio de Jardín.**

Como se mencionó en el encabezado del apartado anterior de este capítulo, las personas entrevistadas identificaron cabalmente algunos factores y comportamientos de riesgo que desde la biomedicina son reconocidos por su relación con las enfermedades del sistema vascular. La

presencia o ausencia de estos en la vida cotidiana de los entrevistados estructuró la percepción de lo que era considerado como un estilo de vida saludable, el cual puede sintetizarse según algunas definiciones obtenidas por los entrevistados en tener buenas relaciones con las personas para el mantenimiento de un buen estado de ánimo, llevar una buena alimentación –especialmente en cuanto a los cuidados relacionados con el consumo de sal, azúcar y grasas-, la realización de actividad física, evitar el consumo de alcohol, tabaco y hábitos como trasnochar:

-“...no trasnochar, no beber, no fumar, hacer deporte. Y enamorar mucho que eso es muy saludable, jejeje. Es que eso sí es muy saludable, eso sí mantiene el corazón contento y lleno de alegría” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 6:07-6:48.

-“Pues, en primer lugar la alimentación, el descanso, no fumar, no beber, no tirar vicio. Pues mi alimentación es buena y yo en el día descanso mi ratico para poder continuar en la tarde. Comer mucha fruta. No bebo, no fumo” (Entrevista a mujer de 53 años). Min: 12:26-13:47.

-“No trasnochar, no fumar, no beber, nada. Estar en la casita por la noche. Sí, bregar a alimentarse bien” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 20:33-20:53.

-“Nada de vicios. Una comida muy sana, una alimentación sana. Libre de grasas, que de sal, que de dulce” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 26:29-26:45.

-“Que uno pueda comer de todo, sin exceso, sin salirse de las normas” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 20:13-20:32.

-“Hacer mucho ejercicio, caminar pero no mucho. Porque uno sí puede caminar pero ¿cómo es? Media hora, y no subiendo ni bajando sino por lo plano” (Entrevista a hombre de 72 años). Min: 22:46-23:18.

Aunque a grandes rasgos puede decirse que los aspectos mencionados corresponden a una percepción general, es necesario decir que la mayoría de las personas que participaron de las entrevistas manifestaron que ponen muy pocos de estos aspectos en práctica y lo hacen sólo parcialmente. Esto puede entenderse a la luz de algunos aspectos que la población percibe como obstáculos para la adopción de un estilo de vida saludable.

Un ejemplo de esto es la actividad física. Según el concepto de los entrevistados en el municipio existe actualmente un esquema que permite tener un buen régimen de actividad física -por medio del uso de espacios deportivos como el gimnasio, la piscina y para la tercera edad grupos que realizan caminatas y gimnasia-. Sobre el uso de estos espacios se mencionó que en otras etapas de la vida no se realizó actividad física, por lo cual no se adquirió la costumbre. Otro aspecto mencionado en relación a la no utilización de tales espacios fue las limitaciones de tiempo.

Además, también se argumentó que es difícil seguir el ritmo a estos programas cuando se presenta algún tipo de afectación que no permite seguir el régimen de ejercicios propuesto por estos programas.

-“Que uno no camina a veces por pereza. Pero aquí hay gimnasios, aquí hacen caminatas para los adultos mayores. A él [su papá] le da pena meterse a algo de los adultos mayores porque él dice que él a eso no se mete. Ni uno joven, ni uno viejo ha hecho ejercicio, porque yo nunca he hecho ejercicio. Cuando estudiaba. Y si de pronto que estaba más joven, que hacíamos paseos, que a pie. Pero es que uno se vuelve muy sedentario, muy perezoso” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 42:28-44:14.

-“En cuestión de ejercicio somos muy perezosos. Y tenía más posibilidades antes de hacer ejercicio. Teníamos más tiempo y ya ahora uno se mantiene muy ocupado y no saca uno el tiempo.” (Entrevista a mujer de 53 años). Min: 13:50-15:10.

-“No, que camine. Que tengo que caminar todos los días. Y primero me dijeron que media hora ya ahora que fui me dijeron que 40 minutos. Pero yo no aguanto 40 minutos. Entonces camino poquito. Queriendo Dios el miércoles vamos para La Salada y me pienso ir a pie. Pero me paro cuando me canso y me voy sola. Es que yo no puedo andar con la gente. Sí, porque yo me voy y donde me canso, me paro. Es que yo me tengo que parar porque el dolor [síntomas de claudicación intermitente] no me deja, entonces me paro y entonces ya me va pasando y ya sigo” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 12:16-13:28.

Otro ejemplo se relacionó con los hábitos alimenticios. Se argumentó que es difícil tener una dieta sana, la cual se percibe como aspecto fundamental dentro de un estilo de vida saludable, debido a que la adopción de unos hábitos acordes con esta conlleva a la sustitución de algunos elementos de la dieta tradicional del municipio. Este cambio depende en gran medida de la capacidad económica para obtener alimentos que se consideran como más sanos, entre estos las carnes blancas y las verduras, los cuales se arguye que cuestan más. Por lo tanto, la capacidad económica subyace como un obstáculo que la población percibe en la posibilidad de asumir una dieta saludable que pueda tener algún nivel de protección con respecto a enfermedades como la EAP y otras enfermedades crónicas. En cuanto a las limitaciones de tipo económico se observó que un factor que determinaba tal barrera fue el que las personas que participaron de las entrevistas fueron principalmente adultos mayores que vivían solos y dependían económicamente del dinero aportado por sus hijos o familiares, por lo que debían acomodar su presupuesto al dinero que recibían de estos.

-“Pues sí, pero teniendo uno plata pa’ poder comprar. Pa’ uno no comer comidas que le hagan a uno daño, necesita tener plata pa’ poder comprar. Jum, eso todo es caro. Porque lo mandan a uno dizque a comer frutas y entonces las tiene que comprar. Y son caras. Las legumbres lo mismo. Las

legumbres pa' uno hacer una ensalada es lo mismo, todo tiene que ser comprado. Y muy caro porque todo cuesta mucho. Lo mandan a comer pescado, le toca a uno es irse a pescar. Y ni así, porque ya pescado no hay en ninguna parte. El pollo lo mismo, también tiene que comprarlo y bien caro que está. Esas son las comidas que dizque uno debe de comer. No comer carnes rojas, sino pescado y pollo. Entonces ni carnes rojas puede uno comer entonces porque ya ni hay con que comprarlas" (Entrevista a mujer de 70 años). Min: 16:06-17:25.

-“Pues es que para uno que es pobre no hay como cambios. Uno sigue como alimentándose lo mismo de siempre” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 20:54-21:00.

De otro lado, se argumentó que un obstáculo para tener una dieta saludable durante la vida estuvo relacionado con las actividades laborales y la falta de haber puesto en práctica buenos hábitos de alimentación en épocas más tempranas, ya que, aunque actualmente se tienen algunos cuidados con la alimentación, se reconoce por parte de algunos de los entrevistados que empezaron a ponerlos en práctica a partir del momento en que ya se habían presentado problemas de salud. En este sentido, se tuvo la percepción de que aunque la dieta del municipio ha sufrido cambios que pueden considerarse como benéficos para el cuidado de la salud vascular, tales hábitos solo se adoptaron tardíamente. A su vez, uno de los entrevistados percibió una relación entre las actividades laborales que desempeñó a través de la vida y la imposibilidad que tuvo para acceder tanto a alimentos con buenas características nutricionales, como al mantenimiento de unas pautas correctas de alimentación como son los horarios regulares para tomar las comidas.

-“Pero es que uno ve los cambios en la alimentación porque por ejemplo nosotros más jóvenes comíamos grasa, pues, abundante. Y ya ahora uno no la come porque sabe que le hace daño, pero ya que, ya tiene uno el daño, en la circulación, por ejemplo en la mala circulación en la alimentación ya uno, como no puede comer nada, como. Yo por ejemplo ya me como la sopita y como que sé que a mí me va a hacer daño, entonces mire que uno ya hace las cosas cuando ya pa' que.”(Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 42:28-44:14.

-“A mí lo que me mato más también fue que yo aguantaba siempre mucha hambre cuando manejaba carro. Entonces en esos carros aguanta uno muchas hambres, come comidas por ahí recalentadas, comidas a deshoras. Entonces a uno no le va cayendo como muy bien esa alimentación. Eso en vez de hacerle provecho le hace es daño a uno” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 41:46-42:14.

Sobre los cambios percibidos en la alimentación algunos de los entrevistados consideraron, además, que la dieta actualmente difiere de la que se tenía cuando eran más jóvenes. En ese sentido algunas personas percibieron que las características actuales de la alimentación la hacían más nutritiva debido a que las familias tenían la posibilidad de una alimentación más variada.

Además de la percepción en cuanto a un cambio en las características nutricionales, se piensa que actualmente la dieta es más sana, dado el bajo consumo de grasas, de carnes mayormente magras y la posibilidad de conseguir alimentos diferentes a los que estaban acostumbrados o que se producían y eran tradicionales del municipio.

-“La alimentación para la época mía y de muchas familias, antes era muy regular, porque no había tanta cosa. Anteriormente una familia se alimentaba de plátano y aquí en este pueblo de Antioquia, yuca y un huesito. Eso era la comida, una arepita sencillita. Y de eso tenía que vivir uno” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 24:26-26:13.

-“Ha cambiado mucho. La comida ya es como más liviana. Sobretudo ya se utiliza mucho las sopas, el arroz seco y las carnes asaditas. Pues para mí los cambios son buenos porque es que uno lo que era primero ya las comidas, quizá uno ya no es capaz de comerlas porque a uno primero no le faltaban 3, 4 comidas en el día, y bien reforzadas, y a veces por la noche. Entonces uno se acostaba maluco, porque es que uno a las 10 de la noche comiendo de todo. Entonces uno se acostaba y amanecía entamborado. Y primero se utilizaba mucho el sancocho al almuerzo a sus carnes gordas. Y a la noche su platao’ de frijoles y todo. Eso es bueno para aquel que esté trabajando de todo, cambiará. Pero ya para uno que no trabaja, no debe acudir a esos alimentos” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 21:19-23:17.

En relación con las percepciones en los cambios en la alimentación, si bien actualmente se percibe que existe mayor disponibilidad de alimentos y mayor variedad, también se consideró que los jóvenes han adoptan hábitos alimenticios poco saludables que hacen que al comparar la alimentación actual del municipio con la que se tenía hace años atrás, se perciba que esta última pudo haber presentado unas características que la hacían más saludable, nutritiva y benéfica para el estado de salud general y la protección de la salud vascular. Al respecto se mencionó como un aspecto problemático el que parte de la comida tradicional en los jóvenes ha sido reemplazada por comidas de menor valor nutritivo como las comidas rápidas.

-“Ahora las comidas de los hijos no son las mismas que las de uno y entonces por eso la calidad de vida ha mermado mucho porque es que, ¿de qué vive un muchacho hoy en día? Por ejemplo, ¿un plato de caldo todos los días? Ellos no quieren eso, quieren es esas comida de ahora que llaman rápidas. Eso es lo que comen ahora. Pero la comida anteriormente puede ser mejor que la de ahora, porque uno vivía con las mismas cositas y ahora no. Ahora le sacan a uno una parranda de comidas que no le sirven a uno pa’ la alimentación” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 24:26-26:13.

De otro lado, en cuanto a la percepción sobre las posibilidades de realizar actividad física se reconoce que actualmente hay más opción que antes de tener un buen régimen de actividad física y gracias a ello hay una mayor calidad de vida. Uno de los aspectos que sustenta esta percepción es que se cuenta con más espacios acondicionados para practicar deporte dentro del municipio y

la existencia de programas para el adulto mayor que les permite mantenerse activos. Además de la disponibilidad de espacios, algunos de los entrevistados consideraron que el mayor influjo en cuanto a la realización de actividad física actualmente se debe a que anteriormente no se inculcaba o promovían hábitos de vida saludables, como sí se hace actualmente. Algunos de los entrevistados, además, hacen referencia a que la buena costumbre de realizar actividad física depende de la influencia y los buenos hábitos aprendidos desde el ámbito familiar.

-“No es que hoy en día si hay muchas posibilidades de uno hacer ejercicio, porque está el coliseo, arriba, que hacen ejercicios y allí en el gimnasio, que hay un poco de maquinarias, que puede uno ir allá a hacer ejercicio” (Entrevista a hombre de 72 años). Min: 24:48-25:31.

-“Hoy en día todo mundo ya hace mucho gimnasio. Porque ya hay gimnasio. Primero no existía. Uno aquí sale a caminar y ve uno la gente pa´ arriba, pa´ donde sea. En toda parte se encuentra uno la gente que va a sus caminadas, mucho deporte, la gente ya es amante al trote, al ciclismo a todo. Lo que primero no. Hoy hay más posibilidades de hacer deporte” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 23:40-24:35.

-“En esa si hay más oportunidades ahora para que la gente haga ejercicio. Porque hay muchos buenos escenarios. Hay gimnasios, hay escenarios deportivos. Anteriormente no. ¿Anteriormente yo donde conseguía un gimnasio? Había era una cancha de futbol. Entonces de aquí a la cancha de futbol y de la cancha de futbol acá. De manera que ahora la calidad de vida sí pues es mejor para la salud. Anteriormente nadie se movía y la gente se moría de repente. Decían que se murió, pero no decían por qué. Pero uno donde tenga una buena familia y sepa llevar los hijos, los tiene bien y ellos deben tener una buena vida. Pero si uno es un padre alcahuete, ahí se le acaba la calidad de vida a los niños” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 26:17-27:42.

Cabe anotar que aunque existan escenarios acondicionados para el deporte y programas para el adulto mayor, no todos los individuos hacen uso de ellos debido a situaciones que perciben como obstáculos. Algunas de las razones mencionadas por uno de los entrevistados fue la falta de tiempo y dinero para participar de las actividades propuestas en estos espacios. Otras limitantes que influyeron en la no realización de actividad física fueron las limitaciones derivadas del padecimiento de la EAP como el dolor en las piernas o la imposibilidad de desplazarse desde el lugar de vivienda. Además, algunos manifestaron no poder aguantar ya el ritmo de trabajo propuesto en los grupos de actividad física para el adulto mayor, por lo que si en algún momento tuvieron acercamiento a estos programas, luego no se volvieron a presentar.

-“... yo pienso que ahora hay muchas formas de mantenerse bien, activo. Lo que pasa es que la pereza a veces o las ocupaciones a uno no lo dejan. Por ejemplo, aquí hay una gerontóloga a donde van las personas de la tercera edad. A mí me dicen, “usted por qué no entra”. Porque eso a la vez que es como benéfico para uno, también se vuelve como una cosa, como obligada. Hay que tener de esta [plata] y estar dispuesto a que un paseo, nos vamos. Y estar pendiente de las actividades

ciertos días de la semana. Y participar de todas las actividades que se les ocurra” (Entrevista a mujer de 65 años). Min 31:48-34:22.

-“A el deporte ahora hay más posibilidades, porque aquí hay gimnasio, dan también gimnasia en el coliseo. Pero yo fui una vez y no aguante porque es que la subida. Entonces yo me iba y cuando ya iba en el parque yo ya iba cansada, entonces no pude subir por allá. Y allí está el gimnasio, pero yo no sé, como que no me gusta, me gusta como más caminar” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 21:01-22:48.

-“...los de la tercera edad tenemos el gimnasio, no hay que pagar, todo eso es gratis. Ya las otras personas sí pagan. [Con respecto al funcionamiento del programa se menciona que] todos los días puede uno ir, pero es que no sé, yo no voy al gimnasio. [Las actividades que se realizan son] caminar, como trotar, pero para mí es fuerte. Entonces yo por eso no volví” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 22:50- 23:57.

Al respecto de los hábitos de vida saludable, algunos consideraron que en general el influjo del turismo sobre el municipio ha modificado muy poco para sus habitantes el estilo de vida, en relación con elementos que componen los hábitos de vida saludables, tales como la alimentación y la posibilidad de hacer ejercicio. Al respecto, algunos de los entrevistados manifestaron que, más que hayan tenido lugar cambios en los patrones de actividad física y de alimentación derivados del influjo del turismo, lo que sí se considera que puede influenciar tales aspectos y la adherencia a un estilo de vida no saludable, son los comportamientos mantenidos por el individuo durante la vida, como lo expresan los siguientes fragmentos:

-“...uno puede hacer el ejercicio y el turismo no lo afecta a uno así para eso. Por ejemplo, ahí hay caminatas que hacen esos turistas, hay unas caminatas muy buenas, que uno puede ir. Pero no, es que uno se vuelve muy sedentario, muy perezoso. A uno no lo afecta nada el turismo en la alimentación o en el ejercicio, sino que uno ya viejo ya se volvió sedentario, se volvió perezoso, se volvió de todo.”(Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija). Min: 44:16-45:10.

-“Yo pienso que no [con respecto a los cambios en la alimentación a raíz del turismo]. Uno toda la vida se alimenta de lo mismo y uno a lo que lo enseñaron eso es lo que uno sigue alimentándose. Yo, la forma de alimentarme mía es normal, como la que me enseñaron mis papas cuando era niño. Es igual” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 6:53-7:27.

-“No, normal. La alimentación es la misma. Él viene [los turistas que visitan el municipio] y come es pura comida chatarra. Que yo pa´ eso si soy malísimo. Yo pa´ ir a comer grasa por allá al parque en el palacio del colesterol eso sí es muy difícil. Y la gente sí, va mucho allá porque a la gente le fascina esas comidas. Y la forma de hacer ejercicio es la misma. Usted si quiere juega futbol, o si quiere sale a caminar, normal” (Entrevista a hombre de 54 años). Min: 7:32-8:19.

Otro elemento relacionado con las percepciones de algunos de los entrevistados sobre los estilos de vida saludables, fue que la poca adherencia derivaba de no haber tenido en épocas más tempranas una educación que fomentara este tipo de hábitos. Esto se encontró relacionado con

las percepciones sobre los cambios en la alimentación, antes mencionados, dentro de los cuales se percibe que los hábitos que actualmente se han inculcado a los jóvenes no han sido saludables, lo cual es un problema que se deriva en parte del ámbito familiar y que podría incidir de manera negativa en la salud de estos en el futuro. Al respecto se hizo hincapié en la falta de establecer pautas saludables y educar a los jóvenes en la prevención de situaciones que afectan el estado de salud general y que los predisponga al desarrollo de enfermedades vasculares, tales como sufrir de la presión arterial, padecer de diabetes o tener desbalances del perfil clínico-metabólico.

-“Las personas que se exceden en las grasas y en las sales. Sí, porque les gusta comer así o en fin. Y cuando menos lo piensas vas al médico. Ah es que usted está hipertensa, usted tiene la presión por las nubes. No coma sal, coma totalmente simple. Ya la recomendación fue tardía. Entonces podríamos prevenir muchas cosas si desde... yo diría que en un tiempo muy oportuno se dieran esas recomendaciones [para los jóvenes]” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 19:55-21:48.

-“Por ejemplo los jóvenes, los que están ahora adolescentes, téngalo por seguro que no saben cómo prevenir enfermedades. Entonces es falta como de información...Nosotras nunca lo tuvimos, informaciones a tiempo, porque así se prevendrían muchas cosas” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 19:55-21:48.

-“A veces las mamás tienen mucho la culpa de la alimentación de los niños. Los niños ahora no se comen una sopa. Ah, es que no me gusta, pero deme una hamburguesa y me la como, un perro caliente y me lo como. A ellos les gusta mucho la comida chatarra. Que una ensalada, ay no, que pereza eso, ay no gas. Pero denle un mecato de la calle, de esos que es pura grasa, puro colesterol, eso se lo comen felices” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija). Min: 46:15-47:19.

-“...ahora los niños les da por comer mucho dulce, mucha golosina, mucha pendejada que no les alimenta. Entonces uno mismo es el culpable de que los niños se vuelvan obesos, de que se pongan a sufrir del colesterol, de todas esas cosas, del azúcar, de todo eso. Porque si uno como mamá no les cuida la alimentación ahora que ellos están jóvenes, ya cuando ellos tengan la edad que uno tiene ahí les va a cobrar la vida todas las prácticas que tuvieron”(Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija). Min: 46:15-47:19.

#### **4.2.2.2. Consumo de tabaco y representaciones sobre el hábito.**

Respecto del consumo de tabaco en el municipio de Jardín se evidenció que la mayoría de las personas entrevistadas manifestaron haber fumado en algún momento de su vida. Además de ello, hicieron alusión a que habían suspendido el hábito hace más de 10 años. Un aspecto que surgió durante el proceso de entrevistas y al que se hizo referencia fue el promedio de consumo al momento de ser fumadores activos, el cual llegó a ser de 2 a 3 paquetes de cigarrillos al día. Sólo una persona manifestó continuar con el hábito actualmente.

- ¿Usted fumó en algún momento de su vida? “Bastantico” ¿Hace cuánto dejó de fumar? “Por ahí 25 años, 28 años” ¿Y cuántos paquetes de cigarrillos se fumaba al día en esa época? “2 paquetes. Y cuando estaba por ahí galoneando [tomando licor], por ahí los 3 paquetes. Mejor dicho, era por ahí la 1 o 2 de la mañana, y ahí mismo me sentaba a prender un cigarrillo. Esos brincos que me pegaba la señora. Ay, deja ese vicio, y resulto ella fumando más que yo, por el maldito vicio que yo le enseñe. Y el trago, los fines de semana. Sábado, domingo y lunes. Y dele, y dele. Y yo no podía beber un solo día, sino que bebía los 3 días” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 36:20-37:17.

- ¿Usted fuma actualmente? “No, yo fume cigarrillo. Yo fume de los 13 años a los 22 años apenas no más. Tengo 58, o sea que hace más de 30 años. En esa época yo fumaba más de 3 paquetes a la semana. Hasta 5 paquetes en la semana llegué yo a fumar” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 19:53-21:23.

-¿Usted actualmente fuma?, “Sí” ¿Desde hace cuándo?, “Siempre, desde hace 25 años” ¿Cuántos cigarrillos o paquetes de cigarrillos se fuma al día? “No, menos de un paquete. Entre 10-12 cigarrillos” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 23:25-25:07.

Algunas respuestas de los entrevistados dan cuenta de representaciones o imaginarios alrededor del hábito de fumar. Estos giraron principalmente alrededor de la motivación que subyace al hábito y este aspecto permite conocer cómo se dio el inicio del consumo. Así, se encontró que en general las personas entrevistadas refieren haber empezado a consumir tabaco de manera habitual desde épocas muy tempranas de la vida, algunos desde la niñez. Además, tanto en los hombres como en las mujeres, se hizo referencia principalmente al inicio del hábito como forma de sentirse dentro de la moda de su época y por imitación de los hábitos de los padres o parientes. En el caso particular de las mujeres, estas refieren que además de los motivos anteriores, cuando eran jóvenes tuvieron parejas que las influenciaron para el inicio del consumo de manera frecuente. En tal sentido, expresaron que sus parejas empezaron compartiéndoles cigarrillos o que emprendieron el hábito de forma permanente al momento en que ya vivían con sus esposos. Sobre este aspecto se hizo alusión al hecho de que generalmente las personas con las que convivían llegaron a ser fumadores con un hábito de consumo mayor al de ellas, por lo que se continuó con tales pautas de consumo. De otro lado, también se hizo alusión a la influencia del entorno familiar y cómo el inicio del hábito estuvo relacionado con la exposición a ambientes donde los padres o parientes fumaban y habían consentido en algún momento el hábito, ya después de que los entrevistados lo habían tomado.

- ¿Usted fuma actualmente? “Fumaba” ¿Hace cuánto? “Ah, hace muchos años” Y para cuando usted fumaba, ¿alrededor de cuántos cigarrillos se fumaba? O ¿cuántos paquetes? “Yo me fumaba un paquete a la semana y desde pequeñita yo le robaba los cigarrillos a mi papa y me iba a fumármelos por allá al rastrojo” (Entrevista a mujer de 70 años). Min: 11:35-12-37.

-“El hábito era [comenzó] porque como mucha gente fumaba uno quería entrar a la moda no más. Como por un orgullo, porque veía a otro haciendo digamos como haciendo monerías con un cigarrillo, entonces por la juventud quería como participar en ese mundo, no más. Y para mí, no, eso fue un error grandísimo, muy grande. Lo disfrutaba porque estaba entrando a la moda, porque yo quería hacer eso, yo quería fumar. Me sentía como un modelo del mundo con eso. Sí como algo elemental digamos” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 21:45-23:02.

-“Es que uno cuando es muchacho es bobo. Yo conseguí un novio y entonces me llevo un cigarrillo nuevo y entonces empecé a fumar, a fumar, a fumar. Mi papa me llevaba tres paqueticos de cigarrillos sin filtro, y eso me fumaba. Y yo no sé por qué, aburrida y todo eso, comencé a fumar. Y fume y fume y me fumaba tres paquetes de cigarrillo. Y mi mama [me decía], ¡No fume tanto! Y [le] dije yo. ¡Usted no me está comprando el vicio! El novio me llevó un paquete de cigarrillo y comencé a fumar cigarrillo” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 18:34-19:29.

-“Hace por ahí 50 años fumé. Fumé [durante] 10 años. Y no volví a fumar. Yo comencé a hacerlo porque mi papa decía, fúmesse un cigarrillo pa’ que los moscos no lo molesten [cuando trabajaba recogiendo café]. Y yo vi que los moscos aprendieron a fumar porque a lo último, ya a lo último eso no les hacía nada. Y de pronto un día me metí, ya cuando estaba manejando carro, yendo de Cali a Popayán, me metí un cigarrillo al revés. Me quemé todo y entonces cogí todos esos cigarrillos, volteé y los boté” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 18:39-19:37.

-“El marido mío también fumaba mucho. Ese fumaba más que yo todavía. Y una vez le cayó un dolor de muela a él y se puso dizque a fumarse un cigarrillo teniendo ese dolor de muela y eso antes más lo desespero. Y entonces dijo, nada, no vuelvo a fumar esta pendejada. Y ahí mismo cogió un paquete que tenía en el bolsillo y lo volvió ripio. Y le dije yo, póngale cuidado que esos cigarrillos le van a hacer falta de ahora en algún rato O mañana que ya no tenga el dolor, está diciendo que qué dicha un cigarrillito y mandándome a la fonda a que vaya a comprar cigarrillos, y yo de verrión no voy. Y me dijo, ¿a qué no? Y yo le dije, ¡Vamos a ver, si usted deja el vicio de pronto lo dejo yo también de no verlo fumando a usted, vamos a ver! Y sí, él dejó el vicio. Él era más fumador que yo, él se fumaba dos paquetes en el día. A lo que ya iba a botar la cusquita, ahí mismo, en la misma cusca se prendía otro. Y así fue. Yo después de que no lo veía fumando ni nada, lo dejé” (Entrevista a mujer de 70 años). Min: 12:39-14:51.

Con respecto a la continuación del hábito de fumar, se hizo alusión principalmente a una sensación de dependencia que causa el hábito y que se describió como ansiedad cuando se lo suspende. Esto, según uno de los entrevistados, tiene influencia sobre sus estados de ánimo. Además, aunque algunas personas manifestaron no sentir esta sensación, describieron que la motivación para fumar era, en mayor medida, la consecuencia de una costumbre ya adquirida, iniciada para entrar en la moda de su época, y que se continuaba haciendo simplemente.

-Con respecto a fumar ¿usted por qué lo hace? ¿Qué siente al hacerlo? “A ver, empecé a fumar por ensayar y ahí me quedé. Ya eso es una adicción muy difícil de dejar. Imposible no, pero es difícil. Eh, no sé, digamos, uno lo hace como por una ansiedad. [Cuando se suspende el hábito] me estreso, me ofusco, cualquier cosa me da. Se manifiesta en el estado de ánimo” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 23:25-25:07

- ¿Y con respecto al cigarrillo, usted porque fumaba? “Una sensación de que como para uno vivir tenía que hacer eso, como que le daba tranquilidad a uno. Era más como un deseo de fumarme un cigarrillo” ¿Sentía ansiedad? “Uf bastante, y si no me fumaba el cigarrillo esté seguro que no,

estaba yo como que no podía estar tranquilo. Y veía yo a otro fumando un cigarrillo. Ay no, e iba a ver y no lo tenía yo, me tocaba ir a comprar” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 37:20-3:27.

De otro lado, el abandono del hábito en los individuos que llegaron a suspender el consumo de cigarrillo estuvo ligado principalmente a la percepción de un mejor estado de salud al dejar de fumar. Además de esto se evidenció que algunos individuos suspendieron el hábito por la necesidad de adherirse a recomendaciones médicas o bien a acciones emprendidas por ellos mismos en momentos donde ya se habían presentado problemas de salud, a nivel general o vascular. Así, se encontró que la mayoría de los entrevistados que habían consumido tabaco en algún momento de la vida, hicieron referencia a que las acciones tendientes al cuidado de la salud vascular empezaron a llevarse a cabo a partir de la modificación de hábitos del estilo de vida y para mitigar los problemas de salud, como un derivado de recomendaciones hechas por profesionales de la salud.

-“... al mes o a los ocho días me cayó esto [trombosis en el lado derecho del cuerpo] y no volví a fumar. Allá me dijeron [en el hospital], nada de tomar trago ni nada de fumar... [Antes de ese episodio] yo me iba a parrandear el día treinta y uno y el primero que la gente baila en el Parque muy bueno. Y me iba a bailar con mi botellita atrás en una mochila” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 16:42-17:59.

-“No, y en ese tiempo [cuando estaba iniciando con el hábito de fumar] yo no sentía nada y al cabo del tiempo fue que ya vine a sentirlo todo, que me caían esas gripas muy bravas y todo” (Entrevista a mujer de 70 años). Min: 11:35-12:37.

-“No, no. Yo fumaba mucho sí, pero antiguamente. Hace por ahí 40 años dejé de fumar. Ah, uno sentía placer pues, por echar humo. Es la bobada más grande, jejeje. Sí, no más uno echar humo ahí, no. Uno después de que ya uno deja el vicio ahí ve uno la bobada tan grande que es. Uno siente la diferencia. Por ejemplo el cigarrillo, uno vive diario con una tos que no... entonces deja uno de fumar y eso se acaba. Y así es todo vicio. Todo vicio es... al fin vicio, una bobada grande” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 23:23-24:30.

-“A lo último ya me hacía daño [el cigarrillo], me mareaba, me daban ganas de vomitar. Me afecto maluco y entonces lo dejé. Fumaba y me comía los fósforos. Claro, no sé, me sabían saladitos y empecé a comer fósforos. Y visité un médico, me vi muy mal, muy enfermo. Y visite un médico pero ya a los muchos años de haber dejado de fumar y comer fósforos porque estaba ya llevado. Yo era un nerviosismo y una inestabilidad que yo no me concretaba bien para nada. Y me dijo el médico, vea hermano, usted no se ha muerto es de milagro, usted tiene una masa en el estómago, en el páncreas. Eso fue debido a los fósforos, jejeje” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 19:53-21:23.

-“...a mi llevaron donde un vascular. En ese tiempo yo fumaba mucho cigarrillo y desde la hora en punto en que yo llegue allá donde ese médico, me pregunto. ¿Usted fuma? Yo le dije sí doctor, yo he fumado, desde muy joven. Entonces me dijo ¡Pues va a tener que dejar el cigarrillo o le va a tocar tolerar su enfermedad!, Porque si usted no pone de su parte ¿no se entonces que vamos a hacer? Y ya entonces cuando me despedí pa´ venirme, todavía desde la puerta me decía. Oiga, ¿usted va a seguir fumando? Y le dije, ¡Ay no doctor, así me cueste lo que me cueste, lo primero va a ser dejar el cigarrillo!” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 5:34-7:17.

En relación al hábito de fumar, cabe anotar que en las definiciones de lo que la población percibe y define como salud y enfermedad, además de las acciones que se consideran como benéficas para el cuidado de la salud vascular, se hizo alusión a que en su época no habían unos lineamientos o enseñanzas sobre la prevención de este tipo de enfermedades y que el consumo de tabaco era un hábito normal, bastante común y ampliamente aceptado.

En cuanto a las estrategias utilizadas para la suspensión del hábito, durante las entrevistas se hizo alusión a aspectos como apelar a la fe, al amparo de un ser superior y formas de combatir la ansiedad derivada del consumo de cigarrillo haciendo uso otros elementos. En relación a la primera situación se hizo referencia durante las entrevistas al papel que tenían las creencias religiosas de los individuos en la suspensión de los malos hábitos, ya que se percibió por parte de algunos individuos que el éxito en el abandono de estos estaba mediado por la ayuda recibida de Dios. Esto se expresó en los entrevistados a través de la petición de la ayuda a un ser superior que los dotaba de fuerza, determinación y voluntad para abandonar el consumo de cigarrillo. De otro lado, en el último aspecto se hizo referencia a la utilización de plantas y al consumo de dulces como forma de afrontar los momentos en que se sentía ansiedad y ganas de fumar. En la primera situación se hacía uso de elementos disponibles en los cultivos propios y en la huerta de la casa, lugares de los que se seleccionaban plantas. De otro lado, aunque menos frecuente en las alusiones que refirieron los entrevistados, se apeló al uso de ciertas sustancias dulces, dulces o confites, como otra forma efectiva para el control de la ansiedad producida por el no consumo de cigarrillo.

- “[Yo] fumaba. ¡Ay! ¿Poquitos cigarrillos? Me puse tan horrible que me fumaba 3 paquetes diarios [Actualmente no] lo que hace que me cayó esto [trombosis]. Yo estaba haciendo una oracioncita del Espíritu Santo. La estaba rezando, que me ayudara a dejar el vicio, que me ayudara a dejar el vicio. Y me ponía a fumar y esos cigarrillos me sabían amargos y entonces los botaba” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 16:42-17:59.

-“Es que mi Dios no lo hizo a uno para echar humo. Entonces él mismo es el que le quita a uno el vicio... el señor le quita a uno todo eso. Es el único que puede, que puede transformarlo a uno. De resto, nada” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 24:40-25:31.

-“...yo le pedía al Señor [a Dios]. Señor, yo quiero es servirte a ti. Yo quiero vivir para ti, Señor ayúdame [a dejar el cigarrillo]. Entonces, uno siente la diferencia, como dicen, porque es que dice en 2da Corintios 5:17, porque por gracia soy salvo, por medio de la fe. Y esto no de vosotros, pues es don de Dios, no por obras para que nadie se gloríe. Entonces, a nosotros dice [este salmo] que las cosas viejas pasaron y aquí todas son hechas nuevas, entonces ya todo eso quedo atrás...ya uno

nada de eso le hace falta. Uno ya comienza es una nueva vida” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 25:32-26:59.

-“...en la huerta yo tenía una mata de clavo de aliño y a mí cuando me daban ganas de cigarrillo iba y cogía una hojita y me la masticaba. Y con eso adiós. Me entretenía ahí mascándome esa hojita y como que se me olvidaba ya el cigarrillo. Jum, hasta que lo dejé” (Entrevista a mujer de 70 años). Min: 12:39-14:51.

-“Me daba mucha ansiedad de fumar y entonces me comía un confite. Y una vez que me dio como mucha ansiedad de fumar, me provocó como prender un cigarrillo. ¡Ay pero le cuento que casi me muero! ¿Me dio un mareo? Y yo, no. ¿Ay, yo que estoy haciendo? Y yo cogí ese cigarrillo y lo volví nada y lo eché a la basura”. Y adiós, nooo, ya llevo mucho tiempo [sin fumar] gracias a Dios” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 5:34-7:17.

#### **4.2.2.3. Actividades relacionadas con el ortostatismo (activo y pasivo).**

Al respecto de las actividades relacionadas con el ortostatismo activo y pasivo, se encontró que gran parte de las personas entrevistadas habían desempeñado labores durante su vida que requerían permanecer muchas horas del día de pie o sentados. Aludiendo al tipo de actividades referidas durante las entrevistas, las personas de más edad manifestaron que actualmente no trabajaban, pero que las habían desempeñado durante largos periodos, de 20 a 30 años en promedio, situación que se presentó para ambos sexos.

Entre las mujeres predominaron labores en las que era necesario permanecer muchas horas del día de pie. Estas hicieron alusión a haber desarrollado actividades como trabajar en el campo, modistería, trabajo como empleadas domésticas, haber estado al cuidado de niños y la atención en tiendas o negocios como cafeterías. Algunas de las personas entrevistadas manifestaron que el haber desempeñado estos oficios pudo tener alguna relación con los padecimientos actuales a nivel de la circulación periférica –síntomas de claudicación intermitente o afectación por varices, ya que las realizaron por un periodo mayor a 20 años–. Esta relación también se atribuyó en algún grado al haber tenido que afrontar situaciones difíciles a nivel familiar, relacionadas con la crianza de los hijos.

-“Yo era modista, pero de toda la vida. Pero bastante, de todo el día. Ahí fue donde cogí esto yo creo [problemas de circulación en las piernas]. Porque yo cosía todo el día en fiestas, vea eran unos carros así. Ya no porque ya tuve que dejar porque me dio el túnel [síndrome de túnel carpiano]. Entonces me dijeron que eso era exceso de trabajo” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 18:23-18:55.

-“[Permanezco] Muchas horas de pie. En este negocio [cafetería]. Y yo tengo otro negocito en el parque. Y yo trabajo en estos negocios hace más de 20 años y yo siempre la mayoría del tiempo pues es de pie. Y la varice. A veces siento el dolor por la varice. Pero el dolor no es tanto. Aunque si quiero como consultar para prevenir” (Entrevista a mujer de 53 años). Min: 11:11-12:17.

-“[Con el respecto al desarrollo del padecimiento de las varices en las piernas] Estamos hablando por allá de unos 10 o 12 años atrás. Pero ya estos últimos 3 años veo la cosa más difícil. Pues, más dolor. Y más calambres. [Sobre la forma en que se manifiesta el padecimiento este aparece] En una posición, y por lo regular de pie. Por el tipo de trabajo que yo tengo que es la costura entonces muchas veces yo estoy prácticamente todo el día de pie, sea cortando, trazando, sacando moldes, en fin. Entonces el dolor ya me hace cambiar de posición. Sentarme un rato, estirar las piernas, no sé. Yo llevo más de 30 años en esto” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 10:28-11:44.

-“A mí el esposo me dejó con 6 hijos. Todos pequeñitos. Y a mí me toco levantarlos. Entonces yo trabajaba cuando era joven en todo, cogiendo café en el campo, pegada de la maquina [de coser] hasta los 2 o 3 de la mañana, en una maquinita de esas de manubrio. Y entonces yo fui muy trabajada y permanecía mucho de pie. Después cuidé niños de Bienestar [Instituto Colombiano de Bienestar familiar], tuve guardería, no... Que no habré hecho yo en esta vida, de todo. Entonces, antes he estado muy bien pa' lo trabajada que he sido” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 19:00-19:52.

De otro lado, los hombres manifestaron también haber tenido que desempeñarse en labores que requerían permanecer largas jornadas del día de pie y sentados. Dentro de las actividades desempeñadas a través de la vida se hizo referencia a labores agrícolas, como la recolección de café, y el trabajo en el sector de la construcción en labores como la pintura y la albañilería. Otra de las actividades mencionadas fue la conducción de vehículos de pasajeros y de carga. Cabe mencionar que el desempeño de este tipo de actividades fue realizado en ambos sexos, durante largos periodos de tiempo, siendo, en uno de los casos, durante más de 40 años. En relación con este aspecto, aunque buena parte de los hombres no manifestó padecer de enfermedades relacionadas con la circulación periférica, quienes sí lo manifestaron tuvieron la percepción de que las actividades desempeñadas se constituyeron como una limitante para haber mantenido un buen régimen de actividad física como aspecto determinante del cuidado de la salud vascular.

-“[Permanecía mucho tiempo] sentado. Porque yo manejé carro de 45 a 48 años. Día y noche. Yo manejaba carro pa' Medellín. Iba 5 o 6 días a la semana pa' Medellín, y yo no caminaba, todo era sentado. (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 38:38-40:05.

-[Individuo sin problemas de circulación a nivel periférico]“Prácticamente casi en todas las obras de trabajo que yo he hecho han sido así de pie. Trabajé en pintura en Medellín, pintando uno por ahí, y eso era uno todo el día parado. Y en construcción también trabajé un tiempo. Todo el día de pie. Y en el campo todo el día es uno por ahí cogiendo café por un surco, por una línea por ahí pa' acá. Entonces sí, prácticamente todo el trabajo que yo he hecho ha sido de pie. Anteriormente era 10-12 horas lo que me tocaba trabajar. Ahorita son 9 horitas en el campo [trabajo de agricultura actualmente]” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 23:05-24:25.

-[Individuo con problemas de circulación a nivel periférico y cardiovascular] “Me bajaba del carro y cuando no me quedaba por allá en la plaza sentado, me venía a acostarme. Entonces de manera que yo sentado, y sentado, y sentado. Y entonces yo no hacía ejercicio. Y de pie también, en el parqueadero. Yo fundé una cooperativa aquí de transporte y entonces yo la manejé muchos años también. Y entonces era parado, parado atendiendo la gente. Entonces de manera que el ejercicio allá si era más, caminaba más que en el carro” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 38:38-40:05.

### **4.2.3. Aspectos socioculturales relacionados con el cuidado de la salud vascular.**

#### **4.2.3.1. Modelos explicativos: nociones sobre el origen, síntomas y desarrollo de la EAP.**

Al indagar sobre los modelos explicativos relacionados con la enfermedad arterial periférica (EAP) presentes en la población, se encontró que principalmente estos giraron en torno a construcciones sobre la etiología, curso de la enfermedad y sus síntomas. Se encontró además que las personas entrevistadas, todos con un diagnóstico de EAP, se refirieron con mayor énfasis a otros padecimientos crónicos que presentaban actualmente, ya que no todos presentaron síntomas de dolor en las piernas. Así, ya que la mayoría de ellos no contaba con un diagnóstico previo de EAP o enfermedades del sistema vascular informado por personal médico, las alusiones respecto a la afectación vascular giraron en torno a lo que los entrevistados dieron la etiqueta general de “problemas de circulación”, “varices” y a otros padecimientos crónicos los denominaron como “sufrir de hipertensión o de diabetes”.

Respecto de las nociones sobre la etiología de los padecimientos relacionados con enfermedades del sistema vascular, particularmente problemas a nivel de la circulación periférica, algunas de las personas encontraron explicaciones plausibles para ese tipo de afectación por el influjo de los estilos de vida mantenidos en otras etapas de la vida, la edad y la posibilidad de presentar predisposición genética para tales trastornos. Sobre este último aspecto se hizo referencia a poseer conocimiento de personas con un grado de consanguinidad cercano, principalmente miembros de la familia, que habían padecido trastornos similares.

-“Comía mucho dulce, me iba pa’ esas máquinas a comer mucho dulce. Hace como 10 años tengo esto [diabetes]. De eso fue que yo me conseguí esa diabetes” (Entrevista a mujer de 57 años). Min: 4:05-4:50.

-“Eso es por. Yo tengo conocimiento de que puede ser por la edad, porque uno se mantiene muy pensativo y mantiene la vida muy agitada y de ahí que la presión se afecte, y el organismo” (Entrevista a mujer de 57 años). Min: 16:45-18:42.

-“...uno se siente mal, como enfermo, siente malestar, bochorno. Bajo al hospital y me encuentran la presión alta. Tres veces me la encontraron baja. ¿Entonces cómo se desarrolla? Uno mismo por falta de ejercicio, eso se lo pone es uno mismo. Ahí no hay que le pegaron eso, no. No coma grasas, yo no como. No coma demasiado, yo no como. No camine demasiado, yo no lo hago. ¿Entonces qué hago? Eso se lo consigue es uno.” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 8:39-9:42.

-“...yo por ejemplo tengo en mi familia hermanas que fueron toda la vida en tacones, trabajando en oficina hasta que se jubilaron. ¡Y que vieras las piernas tan sanas! Y mayores que yo. Entonces yo ya en el caso mío lo tomo más es por, o por la forma de vida o porque simplemente genéticamente me tocó. Sí, pienso yo. Porque no todas lo tenemos. Mi hermano mayor tiene el problema, mi papa también lo tuvo. Problemas de circulación, de dolor y se le inflamaban esas venas horrible. Aunque no murió de eso, pero tuvo la enfermedad” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 16:22-17:41.

-“Eso lo más, es, es que eso es hereditario. Eso de la diabetes es hereditario. Mi mama murió de eso. Eh, y casi toda la familia sufre de lo mismo” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 8:15-8:48.

De otro lado, también se hizo alusión al haber tenido que afrontar situaciones de dificultad en algún momento de la vida. Este aspecto tuvo para algunos de los entrevistados algún grado de explicación sobre los padecimientos que se presentaban en la actualidad. Algunas de las situaciones mencionadas fueron los casos de violencia, a nivel de las relaciones de pareja, o relacionada con la pérdida de algún ser querido. Otras de las causas referidas fueron las actividades laborales. Por ejemplo, uno de los entrevistados hizo alusión como posible explicación para sus problemas a nivel vascular, a situaciones acaecidas durante el periodo en que laboró como empleada doméstica, hecho que para el entrevistado tuvo sentido en cuanto a la causa o explicación de sus padecimientos actuales.

-“Así como estoy como tan [enferma]... por ahí unos seis años que lo tengo así más fuerte. Pero siempre he sufrido de la várice mucho y todo y... yo digo que también sería los golpes que ese marido a mí me dio. Ese hombre a mí me aporreó mucho y me dejaba estas piernas....Jejeje. ¿Cómo le parece la laja de marido que tuve yo? Jajajaja. Sí, yo digo que eso fue lo que me desencadenó todo eso [problemas de la circulación]. (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 5:17-6:08.

-“...cosa tan dura como fue la pérdida de este muchacho [su hijo]. Más sin embargo uno ya no siente nada, no siente odio. Uno sabe, uno más o menos tiene idea de quienes de quienes fueron los que hicieron eso y... y uno no siente nada contra ellos. A mi muchacho me lo sacaron de aquí como a las 6 de la tarde. Eso es duro, pero el señor lo fortalece a uno. [Posterior a este suceso]...ahí mismo fue donde más se me afectó [el estado de salud]... de ahí para acá es donde más enfermo he estado [hipertensión y diabetes]” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 31:46-35:07.

-“...yo considero [sobre los problemas de hipertensión], más que todo, porque a mí me mataron el esposo, me lo mataron acá. Y me tocó muy duro, terminar de levantar los hijos y que no tiene uno prácticamente ayudas de nadie. Sino que uno solito se va defendiendo, que el arriendo, que la comida, que los servicios. Y gracias a Dios porque yo fui muy aliviada. En ese entonces yo estaba más joven...” (Entrevista a mujer de 57 años). Min: 16:45-18:42.

-“Pues es que yo trabajaba la otra vez en una casa de familia y la señora venía de Medellín cada rato. Y tenía muchas matas. Y entonces cada rato le echaba veneno a las matas. Yo se lo echaba y entonces una vez llegó y se me reventó la bombita [para dispersar el líquido] y me puse muy mareada. Me tuve que ir a tomar limón con aguadulce y me pasó eso. Y le dije yo que no le volvía remojar matas con veneno porque me pasaba eso. Y entonces llegó un día y nos pusimos a arreglar las matas. Yo no las regaba pero cogía las matas y las movía para allá. Y después de que las pasamos al otro día me cayó esto [trombosis]” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 4:42-5:33.

En relación a las construcciones sobre el curso de la enfermedad, se percibió que cuando se presenta algún padecimiento del sistema vascular, como la EAP y la afectación por varices, empieza un camino de dificultades, principalmente porque estos padecimientos requieren de atención médica especializada y largos tratamientos que deben buscarse por fuera del municipio con el fin de evitar complicaciones, ya que dentro de este no se cuenta con una infraestructura que permita el ofrecimiento de tales servicios. Por ello, además de tener que afrontar los padecimientos propios de este tipo de enfermedades, los individuos deben asumir el costo de los viajes realizados por fuera del municipio, tanto para la realización de trámites relacionados con la autorización de procedimientos, como para el desplazamiento hasta el lugar donde se encuentra la infraestructura física y recursos para la realización del tratamiento u atención requerida.

-“¿Cuál es el camino a seguir? Pues fui donde el medico particular, me hizo el tratamiento y dio un diagnóstico. ¿Qué me corresponde ya a mí? Ir donde el médico general al hospital, comentarle el caso, ya el me remite al [médico] vascular a Medellín porque acá no hay medios. Acá es un hospital de primer nivel. Entonces el camino a seguir es maluco y difícil” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 6:50-7:43.

-“No, por la varice. Entonces con el fin de evitar en años posteriores que se me reviente la pierna o que me dé una ulcera varicosa, toda esa cuestión. O trombos o todas esas cosas, hacer la operación de la vena.” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 7:44-8:14.

-“[posibilidades de hacerle frente a los problemas de circulación, varices] No las hay. En Medellín [tal vez]. A Medellín porque estas cosas a nivel del Suroeste no las trata, porque ningún hospital tiene en sí un vascular ahí pendiente” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 8:16-8:47.

De otro lado, con respecto a los síntomas derivados del padecimiento de la EAP y problemas de vasculares a nivel de las extremidades inferiores, los entrevistados describieron sus dolencias principalmente como molestias en las piernas que generan incomodidad y que no permite realizar las labores diarias como caminar, ejecutar oficios domésticos y trabajar, descritos principalmente como fatiga y sensación de ardor. Las personas entrevistadas describen además un cambio a través del tiempo en la sintomatología que corresponde generalmente a que entre

más tiempo aumenta el dolor y se sienten más discapacitados. En relación con este último aspecto se hizo manifiesto que la descripción de síntomas se acompañó de una percepción negativa frente al estado actual de los problemas vasculares, ya que se percibe tanto una mayor cronicidad como discapacidad.

-“Yo me pongo, mientras yo estoy aquí en la casa, yo no siento nada. Así sentadita. Pero yo me pongo a caminar, puede ser subir hasta el parque, y yo cuando voy en el parque ya voy que me revienta del dolor de la cintura para abajo. Entonces yo me tengo que sentar. [Siento] Dolor en las piernas pero es un dolor desde las caderas todo hasta abajo. Entonces yo voy.... como para inválida ya. Entre más días, más dolor. Al principio el dolor no era tanto. Era poquito” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 7:00-8:18.

-“Es como un hormiguelo, esas venas como que se me vacían, en las dos piernas” (Entrevista a mujer de 57 años). Min: 4:52-5:22.

-“Han sido los mismos [los síntomas], solo que la vena ahora duele más y está más inflamada. Yo siento... ardor y cansancio. O sea, las piernas me empiezan a doler como si estuviera muy cansada. Maltratada, esa es la palabra. Como si la carne me doliera por un ejercicio muy exagerado. Entonces empieza a dolerme y a arderme las piernas, y ya la vena se me va inflamando. Entonces en la noche, que no voy a decir que son todas las noches, pero sí con cierta frecuencia me dan los calambres” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 11:45-12:54.

Para uno de los individuos, aunque presentaba EAP en forma severa el dolor lo asociaba más con la recuperación de las secuelas que había tenido como producto de una trombosis. Debido a que esta persona tenía una movilidad menor producto de estas secuelas, se encontró que no se le manifestaban los síntomas de claudicación intermitente a causa de que el entrevistado refirió no realizar caminatas o actividades que implicaran largos desplazamientos. De otro lado, aunque manifestaba otro tipo de dolencias relacionadas con la salud vascular, la experiencia de convivir con tales padecimientos y presentar dolor, en ocasiones se percibió como un aspecto positivo y un indicador del progreso en cuanto a la recuperación del estado de salud.

-“Pues a mí, a esta mano, la izquierda, yo puedo hacer casi todo. Yo siento dolor en la mano donde la trombosis. Pero me gusta porque primero no sentía dolor, y la mano era como muerta. Y ahora no porque como le hago ejercicio y todo me gusta que me duela y dicen que así se ayuda uno para que disque se le alivie la mano” (Entrevista a mujer de 63 años). Min: 7:40-8:20.

Con relación a los modelos explicativos sobre los síntomas, cómo eran sentidos por los individuos y cómo habían evolucionado, se hizo alusión a otros tipos de padecimientos coexistentes con la EAP. Esta situación se presentó presumiblemente porque no todas las personas entrevistadas manifestaron síntomas de la claudicación intermitente al momento de la entrevista. El cansancio crónico, la hipertensión y la diabetes se presentaban en forma

sintomática y fueron considerados, según la percepción de algunos individuos, como de mayor importancia. En uno de los casos, se hizo referencia a trastornos de los tiempos de descanso y hábitos de vida en el desarrollo de estos padecimientos, los cuales se percibió que afectaban la posibilidad de cumplir con las obligaciones del hogar. De otro lado, se hicieron manifiestas descripciones de algunos individuos sobre las formas de afrontamiento de la dolencia, mediante la búsqueda de atención en el hospital del municipio y la adherencia a los tratamientos prescritos para poder continuar con las actividades cotidianas.

-“...esto [cansancio crónico] me empezó así sorpresivamente. Empecé a sentirme con unos cansancios desde hace por ahí un año. ...le atribuyo eso [cansancio crónico] a que hace alrededor de 30 años sufro un insomnio que no duermo casi...el sueño es muy elemental hermano. Yo creo que superar la falta de sueño, es más fácil superar un guayabo de todas las noches. De pronto también se lo atribuyo a falta de una alimentación más nutrida, a más fibra, a más frutas como se dice... yo he sido muy aporreado, caídas y todo, pero esas dolencias en la espalda y la cadera son caídas por ahí con viajes [cargas] encima. [Con respecto a las dolencias]...siempre me imposibilitan, me provoca es quedarme acostado, no me provoca ni levantarme... yo me acomplejo mucho y pienso es mucho es en la situación, en la obligación en el hogar” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 6:10-11:50.

-“No, dos veces que me ha dado [tener baja la presión] sentí...como cuando uno se ha tomado un poco de aguardientes que ve la gente lejos, como raros. Y ahí mismo arranco, desorientado, y arranco pal hospital” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 12:45-13:20.

-“Pues eso [problemas de la presión y diabetes] me genera a mi dolor de cabeza, desaliento, bochorno, malestar, mal dormir. Eso es lo que mantengo yo. Tratan de mejorar [los síntomas y malestares].Yo cuando cumplo con todos los tratamientos, yo me levanto bien por la mañana y ya me voy a hacer ejercicio” (Entrevista a hombre de 60 años). Min: 11:47-15:15.

#### **4.2.3.2. Itinerarios terapéuticos: rutas de la búsqueda de atención en salud.**

El itinerario terapéutico de las personas que padecen de enfermedad arterial periférica (EAP) en el municipio de Jardín se encontró determinado principalmente por la consulta y utilización de los servicios médicos con que cuenta el hospital. Como se mencionó anteriormente, aunque los entrevistados tuvieron un diagnóstico de EAP, no todos manifestaron los síntomas de la enfermedad o percibieron algún impacto en su calidad de vida actual. En relación con esto se encontró que el motivo principal de consulta o búsqueda de atención en salud estuvo relacionado con el manejo de otros padecimientos coexistentes, como lo expresan los siguientes fragmentos:

-“[Estoy] en eso de control de presión, de colesterol y todo eso que le hacen a uno allí [en el hospital de Jardín] y tomo estas pastillas de por vida para el control de presión y colesterol. [En el

hospital] dos veces le dan cita a uno cada mes sí está muy mal, otras veces le dan cita cada tres meses y así. Y si alguna cosa entonces lo mandan a uno a Medellín a otros exámenes” (Entrevista a hombre de 76 años). Min: 3:40-4:58.

-“...he estado en observación ¿cierto? En control para la presión y estuve un año casi seguido yendo, yendo cada dos días, cada tres días, semanalmente. Ya ahora me he encontrado muy bien porque me mandan droga pa´ tres meses. Y a los tres meses vuelvo, y me han hecho todo del corazón y esos aparatos que le ponen a uno así y me han encontrado bien, la sangre bien...” (Entrevista a hombre de 72 años). Min: 2:51-3:39.

-“[Mi papá está] en el control de los hipertensos. Diario, diario a punta de pastillas, por la mañana y por la tarde. Porque él es hipertenso, diabético, el colesterol [está alto]. Entonces tiene que bajar a control de hipertensos cada dos meses ya” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 3:48-4:17

El municipio cuenta con un esquema de atención que permite manejar o controlar a los pacientes que presentan enfermedades de carácter crónico. Así, según el personal médico del hospital, ante los padecimientos súbitos y para el control de los padecimientos derivados de la EAP y otros padecimientos de tipo vascular, se acude principalmente al programa PYP, prevención y promoción de la salud, con que cuenta el hospital. Dentro de este esquema se realiza un monitoreo constante de las personas que padecen problemas de hipertensión, diabetes y desbalances del perfil clínico metabólico. Estos individuos son atendidos de acuerdo con las guías clínicas para el manejo de pacientes crónicos publicadas por el Ministerio de Salud, de las cuales se toman las recomendaciones sobre el control de los factores de riesgo en la población. Atendiendo al número de factores de riesgo que presentan los individuos, reciben una valoración por médicos del hospital, medicamentos y controles que se realizan varias veces a la semana o al mes. Además de estas acciones, se reciben recomendaciones con respecto a la dieta, se realizan actividades para mantener un régimen de ejercicio frecuente y se recetan los medicamentos respectivos.

-“Nosotros, como la resolución 412 del 2000 contempla, atendemos a los pacientes crónicos. Dentro de estos están los diabéticos y los hipertensos. Los hipertensos tienen su programa especial. Tiene un consultorio exclusivamente para ellos, un médico que se asigna más o menos dos o tres veces por semana para darle continuidad al manejo de los pacientes. Para que los conozca. Ahí se le hace todo lo que dice la norma, o sea, más o menos siguiendo las guías clínicas del Ministerio. Se les hacen las consultas dependiendo del riesgo, del tipo de hipertensión que tengan, de los factores de riesgo que tenga asociado. Y si tiene daños, o no, de órgano blanco, entonces los citamos para hacerles los controles” (Entrevista con personal médico, E.S.E Hospital Gabriel Peláez Hernández. Jardín, Antioquia). Min: 0:08-1:00.

-“En [los controles que se hacen a los pacientes crónicos], además de la consulta médica, se les revisa los exámenes pertinentes, como el perfil lipídico, la glicemia, la creatinina, el parcial de orina y la glicemia. Entonces se hacen una vez al año estos exámenes, dependiendo de cada paciente. Sí ya lleva un año y no se le han hecho los exámenes hoy, hoy se les hace toda esa batería

de exámenes, que tenemos como esquema para realizarle a todos estos pacientes” (Entrevista con personal médico, E.S.E Hospital Gabriel Peláez Hernández. Jardín, Antioquia). Min: 1:02-2:07.

-“A parte de ese tratamiento médico, de la revisión de los exámenes periódicos de laboratorio, se hacen actividades de ejercicio. Aquí tenemos un estudiante de la Facultad de Educación Física de la Universidad de Antioquia que nos visita periódicamente y hacemos actividades de ejercicios apropiadas para este grupo de población” (Entrevista con personal médico, E.S.E Hospital Gabriel Peláez Hernández. Jardín, Antioquia). Min: 2:10-4:20.

Debido a que la infraestructura con que se cuenta dentro del municipio corresponde a la de un hospital del primer nivel de atención, se presenta una alta tasa de remisiones para atención médica especializada y realización de procedimientos hacia otros municipios. Así, para la recepción de la atención y procedimientos específicos, los pacientes tienen que desplazarse de Jardín hacia Andes y Ciudad Bolívar, o en ocasiones directamente hasta Medellín.

-“...él [el papá] está ahora en el tratamiento es más del cáncer que él tiene de próstata y de garganta. Entonces él ha estado más en ese proceso. Le han hecho como 60 y pico de radioterapias. Entonces tiene uno que estarlo llevando a controles [a Medellín]” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 1:08-1:48.

Esta situación genera incomodidad para algunas de las personas que acuden a consultar en el hospital de Jardín y tiene, según perciben los entrevistados, una influencia importante sobre la adherencia a los tratamientos y acciones que se emprenden, tanto para el manejo de padecimientos como la EAP como de otros relacionados con el sistema vascular y enfermedades crónicas. Uno de los motivos aducidos por el personal médico para realizar la remisión de los pacientes a otros centros de atención se relaciona con el cambio de los síntomas que pueden presentar los pacientes durante el curso de su enfermedad, cuando no es posible determinar un diagnóstico para algunas de las manifestaciones de la enfermedad. De otro lado, uno de los entrevistados percibió que un aspecto que también se relaciona con tener que acudir a otros centros es la pertenencia a un servicio de salud diferente a los que están presentes dentro del municipio, por lo que no pueden utilizarse, por ejemplo, los servicios disponibles en el hospital.

-“Aquí no hay recursos para eso [para el tratamiento de problemas crónicos de la circulación como las varices]. Usted tiene que pedir por medio del hospital que te remitan donde un vascular y todo el cuento. Y entonces empieza la caminadera de pueblo a ciudad. Muy duro. Entonces yo en vista de que iba a cumplir los dos años caminándole y las piernas lo mismo. ¿Entonces esto es un tratamiento de por vida? ¡Pues, no pues valiente gracia!” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 0:05-2:01.

-“...yo siempre voy al hospital [de Jardín] o cada vez que puedo voy donde un médico particular. Me ha tocado ya por la espera, por los tramites en el hospital de que lo remiten a uno a Bolívar o a Medellín y entonces ya le queda a uno muy difícil para trabajar, por los pasajes” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 3:07-4:27.

-“A él [el papá] le mandan solamente las radioterapias y tiene que estar en revisión cada 3 meses. Solamente le mandan exámenes para llevarle al oncólogo y el antígeno prostático. De resto, ya allá en Medellín le hacen [el tratamiento] y ya lo mandaron para donde la fonoaudióloga. Tampoco pudo ir. Eran 10 sesiones y tampoco pudo ir [por falta de dinero para los desplazamientos por fuera del municipio]” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 4:19-5:07.

-“[En] La anamnesis...se le pregunta al paciente ¿cómo se siente de su enfermedad, si ha aparecido algún síntoma? Y se documenta y se intenta corregir con alguna conducta. En caso de que nosotros no podamos hacerlo, que no podamos definir qué tipo de alteración tienen, los remitimos a un segundo o tercer nivel de atención para que les hagan otro tipo de exámenes y donde los pueda atender un especialista” (Entrevista con personal médico, E.S.E Hospital Gabriel Peláez Hernández. Jardín, Antioquia). Min: 5:25-6:22.

-“Aquí yo no voy a ninguna parte porque yo no puedo por la EPS que tengo en Medellín. Yo no puedo ir al hospital ni nada y eso a mí me está perjudicando mucho, porque yo necesito controles para la presión y que me den la droga y todo, entonces me toca comprar la droga. Y yo me voy a retirar de esa EPS, si es que es mejor. Me toca [afiliarme], donde yo tenga mis controles y me dan la droguita y todo” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 1:33-2:07.

Como consecuencia de estos aspectos, se encontró que el impacto económico derivado del costo de asumir constantes desplazamientos hace que las personas dejen de consultar en el hospital y emprendan tratamientos con médicos particulares, los cuales también pueden encontrarse dentro del municipio y que se percibe que realizan una buena labor. Sobre la consulta con estos para el tratamiento de enfermedades vasculares, específicamente relacionadas con la afectación a nivel periférico, se hizo alusión a que en determinados momentos ha sido posible acudir y hacer uso de los recursos que existen en el centro médico particular. A su vez este ofrece sus servicios a la comunidad y dispone de varios especialistas con los que se realizan convenios, algunos de los cuales realizan visitas periódicas al municipio, como en el caso de un médico vascular. De otro lado, en relación al inicio de tratamientos y consultas con especialistas particulares, se tiene la percepción de que aunque pueden ser costosos, estos tienen mayor eficacia en cuanto al restablecimiento o manejo de los problemas de salud, dada la inmediatez que se percibe en cuanto a la atención. Así, se piensa que para acceder a servicios particulares no es necesario esperar largo tiempo, aspecto que se mencionó en relación a las demoras en la asignación de citas y en la autorización de procedimientos.

-“Él [medico vascular particular que visita el municipio] hizo contacto con el dueño del centro médico particular [que hay acá]. Y bueno él [dueño del centro médico particular] hace el contacto y

su negocio es con médicos generales, pediatras, y el como que ya hizo su negocio. Entonces mes a mes viene. Y lleva mucho tiempo, lleva por ahí sus 4 años, si no es más [viniendo]... desde Rionegro, él tiene allá su clínica y [también] trabaja en las clínicas de Rionegro, es un vascular bueno” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 2:07-3:40.

-“Hay veces que le va a uno mejor visitar aquí a un médico que trabaja en un consultorio [particular]. Me parece que sale más favorable porque no pierde uno tiempo para poder trabajar y tanto pasaje, porque es que una ida a Bolívar, por ejemplo, el pasaje vale alrededor de 30.000 pesos desde acá, ida y vuelta. Y entonces a uno le toca una operación o por ejemplo algo complicadito y le tocan citas en Bolívar, dos o tres citas. Vea, a ella [su esposa] le toco ir a una cita, un problema que ella tiene y le toca volver dentro de 20 días” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 3:07-4:27.

-“Para uno es muy difícil. O sea, para la gente de pueblo es muy difícil. Estarse desplazando a la ciudad. ¿Usted sabe lo engorroso que es una cita, lo demoradas? Si una cita que se supone prioritaria la dan para 3 o 4 meses, que esperanzas habrá a una cita de estas que es para valoración” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 9:15-10:11.

De otro lado, aunque la población percibe este aspecto como una posible solución a la necesidad inmediata de acceder a métodos diagnósticos, tratamientos y medicamentos, también reconocen que en ocasiones los procedimientos particulares pueden volverse muy costosos y no permiten darle continuidad en el tiempo a las estrategias que se utilizan para el cuidado de la salud vascular o el tratamiento de enfermedades de carácter crónico, por tener que asumir todos los costos por cuenta propia.

-“Fui al centro médico para la cuestión de las infiltraciones. Yo tengo problemas vasculares y él mismo me dijo [médico particular], es hora de que vaya haciendo los tramites con el hospital y el SISBEN, para que te pongas las pilas. Yo debo hacerme operar las venas, porque ya me dan calambres, me duelen. En días de mucho calor se me agitan y se me vuelven, que yo le cuento, como en un nudo. Y entonces me da mucho calambre en la noche. Pero eso es particular, 60.000 pesos cada mes. Imagínese que yo le caminé a eso año y medio, Casi los dos años. Empezamos citas de 40.000 pesos y termine en citas de 50.000 pesos. Ahora la tiene más cara. Pero yo vi que yo no tenía mejoría. O sea, el me infiltraba y bien, pero a los días me salían por otro lado las tales arañitas y toda esa cuestión. Entonces ¿un tratamiento de por vida? Y yo no estoy para eso, Yo lo tome así” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 0:05-2:01.

Dentro del esquema de atención disponible en el municipio los entrevistados también afirman tener conocimiento de personas dentro de la comunidad que se constituyen como como una alternativa terapéutica. Así, además de los conocimientos con que contaban los entrevistados sobre el uso de recetas caseras, productos naturistas y el uso de plantas como formas de tratar o prevenir los padecimientos derivados de la EAP, enfermedades vasculares y enfermedades crónicas, mencionados en un apartado anterior, se hizo alusión a sobanderos, personas que curan con rezos y que tienen conocimientos sobre el uso de plantas y medicamentos.

Al momento de la realización del trabajo de campo se encontró que una de estas personas todavía se encontraba disponible como alternativa terapéutica y se evidenció que además de prestar sus servicios a la comunidad, contaba con una afluencia considerable de personas que día a día acudían a su consulta en busca de tratamientos para sus padecimientos. En relación a la afectación por EAP y enfermedades vasculares esta persona manifestó que algunos de los individuos que acuden a su consulta lo hacen en busca de tratamiento para ese tipo de dolencias, siendo la causa más común de consulta los problemas de circulación a nivel de los miembros inferiores y del corazón. Para este tipo de padecimientos se hizo alusión a que pueden utilizarse varios tratamientos, los cuales dependen de la sintomatología y estado en que llegan las personas que consultan. Así, pueden utilizarse las propiedades de algunas plantas, como la sanguinaria roja y castaño de india, o medicamentos dispensados en farmacias. En relación al uso de las propiedades de las plantas se presentó que la percepción por parte de quien recomienda y aplica tales tratamientos es que, al ser un método natural, posee mayores beneficios para el organismo, pero este método requiere de un conocimiento sobre las proporciones o las cantidades en que los principios de las plantas son biológicamente aprovechados. Esta percepción se sustenta en la experiencia y en la efectividad de los métodos de curación utilizados por generaciones anteriores, las cuales no tuvieron acceso a medicamentos elaborados por farmacéuticas y cuya base para el cuidado de la salud derivaba del conocimiento de las plantas en su entorno. Además de las formas de tratar las enfermedades vasculares, se percibió que la prevalencia de afectación por este tipo de enfermedades dentro del municipio era alta.

-“Vea yo lo que es lo vascular, que son estas varices y la mala circulación, la trato mucho con una planta que se llama sanguinaria roja. Y les mando a tomar el castaño de indias, en capsula. Y cuando las varices ya están bastanticas, ya mando el castaño de indias a sobarlo hacia arriba. Esa es una forma de yo tratar todo lo vascular. Cuando veo que es por un ritmo cardiaco que yo veo que la sangre está demasiado espesa, que la sangre es muy negra, que me dicen que me dan chuzaditas aquí y que no sé qué, yo los mando a tomar cardioaspirina. Una cardioaspirina, día de por medio, porque tampoco me conviene que la sangre se me vuelva demasiado liquida” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 11:30-13:01.

-“...las plantas son muy buenas, todo lo que es natural. De hecho, ¿Con que nos levantaron a nosotros los papás? Era la plantica. Ellos se iban allá pa'l monte a recoger hierbas pa'l emplástico, pa' los pañitos, pa' que uno tomara. Y ¿ahí no nos fuimos yendo hasta que nos levantamos? Pero las plantas al igual que una droga hay que saberlas tratar, porque eso va por gramos. Uno les da las medidas, las cantidades a la gente. Eso es lo que yo manejo” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 13:03-15:30.

-“¿Enfermedades cardiovasculares? Aquí las hay muchas. Yo diría que es donde más hay. Es increíble pero no sé qué pasa aquí. Donde hay aire puro, donde el agua es tan bien tratada, donde se

vive tan tranquilamente. Y aquí hay mucha gente con problemas cardiovasculares” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 0:26-0:46.

En relación al itinerario terapéutico emprendido por las personas con problemas vasculares y la consulta con personas reconocidas dentro de la comunidad como una opción de tratamiento por sus conocimientos, quien brinda este servicio a la comunidad mencionó que, si bien la primera opción de consulta siempre es el personal médico del hospital, en ocasiones las personas que visitan su consultorio lo hicieron porque percibieron que la atención y cuidados allí recibidos no fueron oportunos. Esta percepción fue explicada porque en ocasiones se presentaban problemas de comunicación clínica entre médicos y pacientes, percibiéndose que los primeros en ocasiones no daban relevancia a los padecimientos por el cual las personas acudían a consultar, haciéndolos desistir del hospital y los médicos como alternativa terapéutica. De esta manera, quien actualmente ofrece una opción terapéutica alternativa dentro del municipio mencionó que no realiza ninguna publicidad y que quienes acuden a su consulta han encontrado eficacia en sus formas de tratar la enfermedad, por lo que la afluencia en su consultorio se debe a los testimonios de la comunidad y su percepción sobre lo que ellos mismos consideran como una verdadera alternativa para el manejo de sus padecimientos.

-“A ver, primero. Yo primero digo que acudan al hospital. Y me dicen, es que de allá venimos. De allá venimos porque es que yo presentaba un dolor. A mí me dolía aquí, yo no podía respirar. Y voy yo con este dolor tan horrible y me dicen que lo que yo tengo es una gastritis. Y yo le dije ¿Pero le hicieron un electrocardiograma o lo remitieron? Si yo manejara pues un hospital eso es lo primero que haría antes de mandar una pasta [medicamentos]. Porque yo soy una que yo no le mando pasta a usted hasta no saber qué es lo que tiene. Y aquí ocurre mucho eso. Que muchas veces no examinan y dicen lo siguiente. Que eso no vale la pena. Entonces relativamente a mí en el hospital no me quieren mucho. Por ese problema, que porque viene más gente aquí que allá” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 1:51-2:30.

-“Yo en estos días le explicaba a un doctor [uno de los médicos de planta del hospital del municipio], lo que pasa doctor es una cosa, yo a nadie traigo amarrado aquí, la obra mía es muy silenciosa porque yo no tengo un letrero, no tengo una propaganda, sino, el que se alivió con lo que yo mandé le cuenta a otro. Y ese otro va al hospital, y si no le vale, la última opción soy yo” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 1:51-3:28.

Con respecto a los métodos de tratamiento para los padecimientos a nivel de la circulación periférica como son la EAP y las varices, se menciona la combinación de elementos como son el uso de masajes, plantas y los medicamentos farmacéuticos. Otras formas de curación, aunque para otro tipo de padecimientos, fueron los rezos y secretos. A veces su utilización puede

llevarse a cabo de manera simultánea cuando el padecimiento se encuentra en una fase muy desarrollada afectando en mayor medida el estado de salud. Estos métodos de curación son percibidos como prácticas que brindan la posibilidad de obtener acceso inmediato ante los episodios de enfermedad, ya que no hacen parte de las formas de curación propias de la biomedicina y el hospital del municipio, a las que se accede al certificar la pertenencia a un régimen de salud y mediante el estatus de “paciente” que se adquiere al poseer un turno para recibir atención y tratamiento.

-“Siempre le digo a los pacientes, nunca me sobe las piernas de pa’ abajo, porque ¿qué están haciendo? Estirando las venas. Las van es estirando. En vez de encogerlas que lleguen a su punto o que se queden dónde están, las soban de pa’ abajo y llegan aquí con dolor” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 11:30-13:01.

-“...yo soy una revoltura de cosas. ¿Ya ves? O sea, que estoy mandando la droga natural con la química. Que me gusta más la natural por supuesto. Entonces me viene gente que viene con enfermedades muy avanzadas que uno ve que la plantica va a ser más lenta” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 13:03-15:30.

-“Bueno y ¿qué hago yo? Hago mucho el manejo de plantas. Yo manejo mucho las plantas. Para paños, para dolores, para migrañas, para muchas cosas. Y ellos [los médicos del hospital] no mandan de eso. Y aquí no tienen que hacer una fila desde las 4 de la mañana para esperar un ficho, para saber que al rato le van a decir, es que usted no tiene nada, esto [lo que usted tiene] es muy normal. Que llegaron [diciendo que], vea, es que llevo tres días con una diarrea. No eso es muy normal, váyase pa’ la casa, hidrátese bien y tome suerito. ¿Cómo así por Dios? Si es que yo hice fila desde la 4 de la mañana fue pa’ eso” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 3:48-4:25.

La experiencia y el testimonio de otras personas se conciben como la principal fuente que asegura la efectividad de los tratamientos que se emprenden, ya que son la fuente de donde se derivan los conocimientos adquiridos tanto sobre las propiedades de las plantas, como de otras formas o estrategias para el cuidado de la salud. En este sentido, se menciona que los conocimientos sobre los tratamientos que pueden ser puestos en marcha para el cuidado de la salud vascular, y otros padecimientos, fueron adquiridos por medio del intercambio de conocimientos que se da a través de la vida con personas que han tenido que afrontar este tipo de padecimientos. Así, ante un episodio concreto de enfermedad los individuos emprenden formas concretas para reestablecer el estado de salud poniendo a prueba varios tratamientos. Los métodos que poseen mayor o cierto grado de eficacia para afrontar los padecimientos son compartidos entre las personas de una comunidad por generaciones y, como en el caso de Jardín,

contenidos en la memoria de individuos que al poner esos conocimientos al servicio de la comunidad se constituyen en alternativas para el cuidado de la salud.

-“A ver, yo siempre he dicho que esta vida, la vida que cada uno vive es una escuela. Para mí la mejor escuela es la vida porque usted en el día de hoy, usted se va con una lección que yo le di. Y mañana te encuentras a otro que tiene un poquito de conocimiento parecido al mío. Y eso es lo que a mí me ha pasado. Y yo no soy andariega. Porque yo no visito ni fincas, ni me voy a ofrecer lo que yo sé. Entonces ¿qué pasa? Hablando uno con la gente dicen. Y vea, como le parece que yo tenía tal cosa y el médico me mando tal otra y eso no. Eso fue como echarlo al agua [botarlo]. Pero sin embargo me puse un emplástico de no sé qué y no sé cuántas y yo con eso tuve. ¿Qué me toca a mí? Capte, capte. Porque le puede servir a otro. Y así por ese estilo han sido las vivencias mías. Viviendo historias que le cuenta a uno la gente” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 18:25-20:03.

Dentro de los conocimientos adquiridos por los individuos que prestan sus servicios a la comunidad para el restablecimiento de la salud vascular o de la salud en general, pueden mencionarse elementos y prácticas que se utilizan atendiendo al plano de la lógica o la racionalidad, como el uso de las propiedades de las plantas y medicamentos. De otro lado, también pueden encontrarse elementos o actividades que operan a nivel de lo espiritual y lo simbólico, como la curación por medio de rezos o “secretos”. En relación a este último tipo de prácticas, aunque las personas que son poseedoras de estos conocimientos realizan un trabajo que es importante y que cuenta con cierta legitimidad social, otorgada por las personas que acuden en busca de atención para sus dolencias, sus labores no están exentas de algunas tensiones con otros miembros o instituciones dentro de la comunidad. Así, se encontró que un aspecto que suscita controversia o ciertos imaginarios respecto de tales prácticas gira en torno a los métodos de curación, como los rezos, ya que hacia este tipo de prácticas subyace la percepción de que para hacerlos efectivos, hace falta una gama de conocimientos que la gente relaciona con la brujería.

-“...Compongo con secretos. Usted se descompuso esta mano, entonces yo me pongo a rezarle su manito para no torcerlo, no lastimarlo. Entonces yo cojo, y yo tengo pues el secreto. Y ya al ratico el paciente está haciendo así [moviéndose normalmente]. Y entonces ya [dicen], ay, ¿esa vieja es que es bruja? ¿Pero cómo que eso con un rezo? Por decir, las hernias de columna. Yo dos o tres hernias de columna me las voleo en cuestión de 15 días con un pañuelo blanco. ¡No, que eso es una brujería! ¡Amor, que eso es una brujería, dice la gente! No y como también muchos me quieren entonces me dicen ¡Bruja asquerosa! Si mijo, de todo se ve en la viña del señor. Y de hecho, vivo muy aburrida haciendo esto. No, porque es que cuando usted me admira y me alaba porque lo alivié, hay otro diciéndome ¡Bruja hijueputa! ¡Ella es una bruja!” (Entrevista a persona de la comunidad con conocimientos sobre plantas, mujer de 64 años). Min: 15:10-17:14.

#### **4.2.3.3. La dolencia y la calidad de vida en relación a la salud. La EAP y otros padecimientos coexistentes con la enfermedad.**

Durante el proceso de entrevistas al indagar por las dolencias relacionadas con la EAP, se encontró que algunas personas presentaron la enfermedad en forma sintomática y describieron sus molestias o síntomas clásicos de la claudicación intermitente (CI). Algunos de los entrevistados manifestaron padecer de problemas de circulación a nivel periférico con implicaciones a nivel funcional para sus miembros inferiores y su calidad de vida, ya que percibieron un progresivo impedimento para el desarrollo de actividades cotidianas. Ejemplos de estas fueron poder caminar, ir a misa y la participación en actividades programadas para los grupos de la tercera edad. En algunas ocasiones esta situación se acompañó de la coexistencia de otros padecimientos crónicos, hipertensión y problemas de glucemia. Además, en varias de las entrevistas se hizo evidente que los padecimientos se manifestaban de manera crónica y sistémica, pues se aludía tanto a los síntomas clásicos de la claudicación intermitente, como a otros considerados como atípicos para la EAP –dolor en las caderas, muslo y planta de los pies-. De otro lado, en una ocasión se manifestó que los problemas vasculares no sólo habían generado una afectación a nivel de los miembros inferiores, sino también en otros lechos vasculares, para los cuales fue necesaria la intervención y realización de intervenciones por parte de especialistas del ámbito biomédico.

-“Ahora estoy que no puedo caminar casi, ni subir. Más subir, no puedo. [Siento] mucho dolor desde las caderas hasta abajo que me toca parar. El dolor en las piernas [en la pierna y la pantorrilla] tanto es [por] la mala circulación. Y yo soy hipertensa” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 0:18-0:50.

-“Sí...me dan muchos calambres en los dos pies en la parte de la pantorrilla, me dan unos calambres que mejor dicho, que me molestan bastante. Pero es de vez en cuando. Cuando camino o cuando estoy mucho por ahí parado. Pero sobre todo por la noche. Y eso que yo siempre mantengo unos cojines pa’ levantar los pies. Pero no es muy frecuente, sino así como cuando camino muy largo. O de pronto digamos que vaya a misa y me toque por ahí parado. Me duele mucho” (Entrevista a hombre de 72 años). Min: 0:18-1:51.

-“Uf, bastante. Inclusive todavía estoy con eso [dolor en las piernas al caminar o realizar las labores diarias]. Me han operado 5 veces de la mala circulación. De las piernas y el corazón” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 0:21-1:04.

-“Sí, sí he tenido impedimentos de dolor en los pies, mucho dolor. En toda esta parte de abajo del pie [plantas de los pies] y en la pantorrilla. Y por lo general en las extremidades [inferiores] un dolor agudo, como cansancio” (Entrevista a hombre de 58 años). Min: 0:11-0:47.

-“...en el pie mucho dolor, como hormigueo...disque tengo mala circulación. Yo soy diabética y en este momento me salieron unas manchas negras en las piernas como pecas, ¡lo más de feas! Tengo la azúcar alta. Soy hipertensa” (Entrevista a mujer de 57 años). Min: 0:14-1:26.

-“...por lo de la mala circulación, a mí me dio un dolor muy horrible en las piernas que me hacía llorar. Conmigo tenían que salir cada rato pa urgencias. Y yo primero caminaba mucho, uff. Y cuando nos daban los paseos de la tercera edad por allá en las fincas, no pues caminando lo mas de bueno. Pero ya después de que fui al hospital por ese problema ya allá me prohibieron caminar por pendientes. Tiene que ser planito, una dos tres cuadras lo que alcance a hacer. Si me canso mucho, parar un rato y luego seguir...” (Entrevista a mujer de 76 años). Min: 1:35-2:40.

Estas percepciones sobre la afectación a la calidad de vida y para la realización de actividades cotidianas estuvieron ligadas solo a una porción de los entrevistados, 7 individuos, que presentaron tanto un diagnóstico de EAP en base a los valores del ITB, como experimentación de los síntomas propios de la enfermedad. Esta situación contrasta con el resto de individuos los individuos que durante el trabajo de campo no percibieron a la EAP como un problema para su calidad de vida, por no presentar síntomas y poder realizar sus labores diarias con normalidad, a pesar de presentar igualmente valores reducidos para ITB. Esta situación se vio reflejada en que, para estos últimos, los padecimientos que consideraban que afectaban su calidad de vida no se correspondieron con problemas de circulación en los miembros inferiores.

A pesar de estos padecimientos y el impacto percibido para la calidad de vida, se planteó en uno de los fragmentos de entrevistas que los problemas de salud asociados a la circulación periférica también tienen relación con el estado de ánimo de los individuos, por lo que se consideró la posibilidad de convivir con ellos por medio de asumir una actitud proactiva. En general se evidenció que la población convivía con los padecimientos, ya que más que una descripción pormenorizada de síntomas se hizo alusión a las formas en que se afrontaba y convivía con las dolencias en la cotidianidad. Al respecto los entrevistados manifestaron que ya habían afrontado su enfermedad, que no se sentían alarmados cuando se presentaban síntomas que indicaran que su padecimiento podría empeorar, se habían resignado a tenerlos y a seguir ordenadamente los tratamientos y acciones tendientes a tratar tales padecimientos.

-“...yo digo que mientras mi Dios me dé vida y salud yo puedo hacer muchas cosas. Porque mantengo ánimos para hacer las cosas. No, esto [síntomas de la claudicación intermitente] para mí ya no, yo no le hago caso” (Entrevista a mujer de 78 años). Min: 20:33-20:53.

-“En sí lo que él tiene es calcificadas muchas partes de las arterias, y en la aorta, tiene calcificaciones. Pero el medico dijo que para la edad que él tenía pues con esa enfermedad podía vivir hasta los 90 años o más. Entonces para que le van a martirizar con más cirugías, sabiendo que

le han hecho ya varias. Sí, que la del corazón el cardiólogo dijo que el problema de él más es del neumólogo, que el fumó mucho. Ahí fue donde le descubrieron el cáncer en la garganta” (Entrevista a hombre de 81 años, responde su hija mayor). Min: 8:43-10:15.

-“... se me van inflamando las piernas. [Cuando el padecimiento de las varices empeora súbitamente] hasta ahí llego. Simplemente espero que no llegué a peores. O sea, uno ya se aguanta la dolencia. Hasta ahí llega uno” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 6:34-6:50 / 15:03-15:31.

-“A mí no se me da nada [con los problemas de la presión arterial, mala circulación y diabetes]. Vea ¿usted cómo está? Y yo [contesto], muy bien gracias a mi Dios, jajaja. Ah sí” (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 16:26-16:42.

De otro lado, a respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, algunos de los entrevistados perciben que a raíz de los padecimientos que sufren actualmente, esta ha disminuido. Atendiendo a la definición que los individuos otorgaron a este concepto, y en relación a la afectación por EAP y otras enfermedades crónicas que coexisten con esta, se percibió que actualmente se encuentran en un estado que no puede ser definido como bueno, por lo que consideran que tienen una calidad de vida regular. Esto, debido a la percepción de sentirse discapacitados en algún grado para la realización de sus labores cotidianas y a que tienen una dependencia de por vida de tratamientos médicos y de los miembros de su familia para poder sobrellevar las enfermedades. El concepto de calidad de vida en relación a la salud en este sentido se encuentra relacionado con las definiciones otorgadas por la comunidad sobre lo que para ellos es salud y enfermedad, presentadas previamente, que aludieron a estados diametralmente opuestos.

-“¿Mi calidad de vida? Muy regular. Pues, ya por las dolencias, que uno no se siente bien, no se ve bien. Ni se siente, ni se ve bien” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 25:54-26:16.

-“[con respecto a la descripción de la calidad de vida al momento de la entrevista] Ya uno como que no le presta atención a las enfermedades [padece actual de la presión arterial, mala circulación y diabetes]. Sino que uno le da gracias a Dios y al señor. Tú que has permitido esto, por algo será, tú lo sabes [piensa]. (Entrevista a hombre de 80 años). Min: 30:20-31:38

-“Yo ya digo, como me decían los médicos a mí. Usted ya tiene que vivir con esa enfermedad porque a usted no hay más que hacerle. Entonces toca seguir a ver hasta donde aguantamos porque ya me diagnosticaron eso [calcificaciones a nivel de la aorta y cáncer]. ¿Es que qué más podrá hacer uno? No, [los síntomas] se han mantenido como estables. Ya últimamente como estables. Lo mismo que sentía ahora hace 8-10 años o 15 años, la misma cosa. Lo único que digo yo es que las heridas que me han hecho [procedimientos o tratamientos médicos], como que me han dormido esas enfermedades. Como que están todas quietas.” (Entrevista a hombre de 81 años). Min: 8:43-10:51.

-“A ver, [la convivencia con el padecimiento] es algo normal. ¡Que me pasó, me pasó!. ¿El por qué? Tengo entendido que la cuestión vascular se debe a muchas cosas. Entre ello lo genético. Por

parte de la familia de mi papa y mi mama, igual. Hasta mi papá la padeció [problemas de circulación, cardiovasculares y varices en las piernas]. Bueno, entonces uno simplemente toma eso [varices y el dolor en las piernas] como una enfermedad más que te dio” (Entrevista a mujer de 55 años). Min: 15:34-16:13.

## **5. Discusión.**

Los resultados obtenidos por este trabajo permiten entender la prevalencia de la enfermedad arterial periférica en el municipio de Jardín, la magnitud de las prevalencias de los factores de riesgo comportamentales y biológicos que fueron exploradas por esta investigación, así como su asociación con las enfermedades del sistema circulatorio, específicamente la EAP. A continuación se comparan las prevalencias obtenidas para los factores de riesgo biológicos y comportamentales considerados, con respecto a las prevalencias estimadas para el ámbito nacional. De otro lado, se compara la prevalencia de la EAP en el municipio de Jardín en relación a los estudios epidemiológicos principales debido a que no se ha evaluado su prevalencia a nivel nacional.

### **5.1. Comparación de prevalencias de los factores de riesgo comportamentales y biológicos con respecto a los reportes realizados por estudios nacionales.**

#### **5.1.1. Factores comportamentales.**

##### *Prevalencia de consumo de tabaco.*

Dentro de los factores de riesgo comportamentales relacionados con enfermedades cardiovasculares y con la EAP el principal considerado por este trabajo fue el tabaquismo. La prevalencia de consumo actual de tabaco para el total de la población del municipio de Jardín se estimó en 18,1%.

Según el Ministerio de la Protección Social (2010), en la encuesta sobre consumo de tabaco y alcohol según Conocimientos, Actitudes y Practicas (CAP), que se realizó en 1993 por Profamilia y el Instituto de Seguros Sociales (ISS) en la población adulta colombiana entre 18 y 69 años, se encontró que el 33,0% se había expuesto al consumo de cigarrillo, con una prevalencia de consumo al momento de dicha encuesta del 23,0%. Una década después la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 2003 obtuvo una prevalencia de consumo de tabaco fue de 17,0% (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 165).

De otro lado, la segunda versión de la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo en Colombia (ENFRECO II), realizada en 1999, describió una prevalencia de fumadores actuales de 18,9% en la población en el rango de edad de 18 a 69 años, siendo de 26,8% en los hombres y de 11,3% en las mujeres (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, 1999, p.48).

En la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2007 (ENS-2007), se encontró que el 21,2% de la población colombiana entre 18 y 69 años ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y de ésta el 60% fuma en la actualidad. La prevalencia de tabaquismo en hombres es de 19,5% y en mujeres es de 7,4% siendo de 12,8% para el total de la población (Rodríguez *et al.*, 2009, p. 153).

Puede decirse que la prevalencia de consumo actual de tabaco en Jardín (18,1%) es alta. Aunque no lo parece si se compara con el 81,9% del resto de la población que manifestó no fumar, esta se ubica en un punto intermedio con relación a los estudios realizados a nivel nacional, cuya prevalencia más baja fue de 12,8% y la más alta de 23%.

### **5.1.2. Factores biológicos de riesgo.**

#### **5.1.2.1. Perfil clínico metabólico: Prevalencia de hipertensión, hiperlipidemia y diabetes.**

Dentro de los factores de riesgo biológicos en la población de Jardín, se cuenta con información sobre el historial personal de hipertensión e hiperlipidemia para el total de la muestra, es decir 345 individuos y con datos para la determinación del perfil clínico metabólico para una submuestra de 129 individuos.

- ***Hipertensión:***

En cuanto al historial personal de hipertensión, obtenido por autoreporte, se encontró una prevalencia global de 39,2%. A continuación se presentan algunos estudios realizados a nivel nacional que indagaron por la prevalencia de hipertensión arterial con base en autoreporte al momento de la encuesta y que permiten comparar la prevalencia obtenida en el municipio de Jardín.

El estudio sobre Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas (ENFRECC II), por ejemplo, al indagar sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la hipertensión arterial, encontró que la prevalencia de la población adulta informada de hipertensión arterial fue de 12.3% (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, 1999, p.50).

En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional que se realizó en el país en el año 2005 (ENSIN, 2005), al indagar por la prevalencia de hipertensión arterial elevada por medio de autoreporte se encontró que esta se ubicaba en 9,3% en las personas comprendidas en el rango de edad entre los 18 y 64 años (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006, p. 429).

De otro lado, en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2007 (ENS, 2007), en el grupo poblacional de 18 a 69 años la proporción de personas que refieren haber sido diagnosticados como hipertensos en dos o más consultas previas al momento de la realización de la encuesta, fue de 8,8% (Rodríguez *et al.*, 2009, p. 133). En este estudio se pudo determinar también, por primera vez, la prevalencia de hipertensión arterial en la población colombiana a partir de la medición directa de la presión arterial, siendo esta de 22,82% (Rodríguez J, *et. al*, 2009, p. 162).

Según el Ministerio de la Protección Social, el estudio CARMEN obtuvo valores para la presión sistólica que variaron entre 69 y 277 mm/Hg, con promedio de 110; y para la presión diastólica valores entre 32 y 139 mm/Hg, con promedio de 69. Según este estudio, la proporción de personas con hipertensión arterial fue de 11,6%, valor similar para hombres y mujeres. Este valor representa tanto a las personas que registraron cifras anormales de presión arterial<sup>20</sup>, como quienes tienen cifras normales pero que están bajo control con medicamentos antihipertensivos (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 160-161).

Con respecto a la hipertensión, en los estudios nacionales la prevalencia más alta reportada es de 22,8%, mientras que la más baja es de 8,80%. Estas dos prevalencias corresponden a la encuesta nacional de salud ENS 2007, donde la prevalencia más alta corresponde a la valoración de

---

<sup>20</sup> En este estudio los valores de referencia fueron > 140 para la presión sistólica y > 90 para la presión diastólica.

hipertensión medida directamente, en contraste con la prevalencia más baja que corresponde a la obtenida por autoreporte.

Así, la prevalencia de hipertensión autoreportada en Jardín es comparable con los datos de la ENS 2007. Teniendo esto en cuenta y al comparar las prevalencias encontradas por los otros estudios, se puede decir que la prevalencia de hipertensión arterial por autoreporte en la población del municipio de Jardín (39,2%), es bastante más alta de lo que han descrito los estudios nacionales. Al menos comparada con ENFREC II (12,3%), ENSIN-2005 (9,3%), CARMEN (11,6%) y la prevalencia por autoreporte obtenida por la ENS 2007 (8,80%).

- ***Hiperlipidemia:***

La prevalencia de hiperlipidemia obtenida por autoreporte para el total de la muestra de este estudio fue 33,1%. Para la submuestra<sup>21</sup> que contó con variables bioquímicas fue de 35,7%, de los cuales el 69,6% sí presentó alguna alteración. El sexo femenino tuvo una prevalencia de colesterol alto ( $\geq 240$ mg/dl) de 22,4%, triglicéridos altos ( $\geq 200$ mg/dl) de 34,1%, valores altos para el colesterol LDL ( $\geq 160$  mg/dl) de 22,6% y la de los valores disminuidos para colesterol HDL ( $\leq 40$ mg/dl) fue de 21,2%. Para el sexo masculino el colesterol alto tuvo una prevalencia de 6,8%, los niveles elevados de triglicéridos de 25%, los niveles de colesterol LDL elevado 15% y los niveles disminuidos de colesterol HDL de 33,3%. Para el total de la submuestra el colesterol alto tuvo una prevalencia del 17,1%, los triglicéridos elevados de 31%, el colesterol LDL elevado de 20,2% y el colesterol HDL disminuido 25, 2%. Además, cabe anotar que para esta submuestra el 62,8% presentó al menos alguna alteración en las variables del perfil clínico metabólico, niveles considerados como altos para todas las variables y disminuidos para el colesterol HDL. En relación a la prevalencia de hiperlipidemia en el país, algunos estudios realizados en Colombia describen porcentajes obtenidos para las variables relacionadas con el perfil clínico metabólico.

---

<sup>21</sup> Los datos para estas variables solo están disponibles para 129 individuos del total de la muestra. Por lo tanto, los porcentajes estimados para las prevalencias de colesterol total elevado, triglicéridos elevados, colesterol LDL elevado y colesterol HDL disminuido corresponden a esta submuestra.

El segundo estudio nacional sobre factores de riesgo (ENFREC II) reportó una prevalencia de colesterol alto en el 13,3% de la población, determinado a partir del autoreporte de los encuestados y en base a haber recibido diagnóstico previo por parte de algún profesional de la salud. De otro lado, en base a las cifras obtenidas para el colesterol total determinado a partir de mediciones bioquímicas, este estudio reportó una prevalencia de colesterol alto (>200mg/dl) en 24,8% de los hombres y 28,3% de las mujeres. La prevalencia de colesterol LDL alto (>160mg/dl) fue de 8,3%. El colesterol HDL bajo (<35mg/dl) tuvo una prevalencia de 52,1% en los hombre y 26,5% en las mujeres. Por último, los niveles altos de triglicéridos (>160mg/dl) en este estudio tuvieron una prevalencia de 16,1% (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 163).

De otro lado, en la encuesta nacional de salud realizada en 2007 (ENS 2007), a partir de mediciones bioquímicas se encontró que la prevalencia de colesterol alto (>240mg/dl) fue de 7,82%. Además, este estudio también reportó que la prevalencia de niveles considerados como por debajo de lo normal para el colesterol HDL, (<40mg/dl), fue del 63%, frente a 4,5% de la población que presentó niveles considerados como normales o protectores (Rodríguez *et al.*, 2009, p. 162).

El estudio CARMEN obtuvo resultados mayores a los observados en la ENFREC II, donde en el 49% de la población se encontró colesterol por encima de 200 mg/dl; en el 48,4% niveles de LDL mayores a 130 mg/dl, y en el 58% HDL por debajo de 40 mg/dl (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 164).

Estos estudios aunque han evaluado la hiperlipidemia en la población general nacional, a su vez han contado con variables diferentes del perfil clínico metabólico en distintos momentos y se presentan datos predominantemente sobre los valores altos de colesterol. La información sobre colesterol LDL, HDL y triglicéridos sólo aparece en algunos estudios, los cuales no tomaron conjuntamente las mismas variables para determinar la prevalencia de hiperlipidemias, por lo que la comparación se hace difícil. Con el fin de poder entender la magnitud de las prevalencias encontradas en Jardín se realizaron dos comparaciones. En primer lugar, se compararon los valores para la media obtenidos en el perfil clínico metabólico de la población colombiana por el

estudio ENFREC II con respecto a los de Jardín. Se observó cómo tendencia general que la población de Jardín presenta valores promedio más altos (Tabla 26).

**Tabla 26: Comparación perfil lipídico de Jardín frente a valores obtenidos por el estudio ENFREC II en la población colombiana.**

Variable	Jardín		ENFREC II	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Colesterol Total (mg/dl)	207,4	41,2	178	43
Colesterol LDL (mg/dl)	126,1	38,3	112	35
Triglicéridos (mg/dl)	172,8	103,3	144	95
Colesterol HDL (mg/dl)	48,1	11,2	39	14

LDL (Low Density Lipoproteins) Lipoproteínas de baja densidad. HDL (High Density Lipoproteins) Lipoproteínas de alta densidad.

De otro lado, se reclasificaron algunas variables del perfil clínico metabólico obtenidas para Jardín con los puntos de corte que definen valores anormales utilizados en ENFREC II y ENS 2007, para obtener resultados comparables. Así, se encontró que Jardín presenta una prevalencia más elevada para los niveles altos de colesterol, colesterol LDL y triglicéridos con respecto a ENFREC II. También presenta valores más altos para los niveles de colesterol elevado y HDL disminuido, con respecto a la ENS 2007. Aunque los niveles disminuidos del colesterol HDL tienen en Jardín una prevalencia menor que las descritas para el territorio nacional, por lo menos al ser comparada con la ENS 2007 fue superior al 20% (Tabla 27).

**Tabla 27: Comparación del perfil lipídico de Jardín frente a las prevalencias reportadas por otros estudios realizados en el país.**

Variables	Prevalencias en otros estudios (%)			
	ENFREC II <sup>1</sup>	Jardín*	ENS 2007 <sup>2</sup>	Jardín*
Colesterol alto	28,3 F - 24,8 M	56,5 F - 43,2 M	7,82 T	17,1 T
HDL disminuido	26,5 F - 52,1 M	9,4 F - 19 M	63 T	25,2 T
LDL alto	8,3 T	20,2 T	-	-
Triglicéridos altos	16,1 T	39,5 T	-	-

\* Comparación asumiendo los valores de corte del estudio con que se compara. - Prevalencias no reportadas por el estudio.

<sup>1</sup> Valores aumentados de colesterol (> 200 mg/dl), colesterol LDL (> 160 mg/dl), triglicéridos (≥ 160 mg/dl) y disminuidos de HDL (<35 mg/dl). <sup>2</sup> Valores aumentados de colesterol (> 240 mg/dl) y disminuidos de HDL (<40 mg/dl). F Femenino. M Masculino. T Total. (%) Porcentaje de la población.

Según los valores obtenidos para el perfil clínico metabólico de la población de Jardín se evidencia que existe una prevalencia alta de hiperlipidemia tanto por autoreporte, como en base a la determinación del perfil clínico metabólico y su comparación con otros estudios realizados en el país. Como conclusión, puede decirse que la submuestra de la población del municipio de

Jardín a la que se pudo evaluar las características del perfil clínico metabólico presenta una prevalencia considerable de valores no deseables en el perfil lipídico. Estos valores coexisten con una prevalencia de EAP del 19,4%, aspecto que podría incidir en la presentación tanto de complicaciones a nivel del metabolismo como de eventos cardiovasculares mayores en los próximos años, incidiendo de manera directa en el perfil de morbilidad y mortalidad de la población adulta del municipio.

- ***Diabetes:***

De otro lado, con respecto a los valores de glucemia obtenidos en la población de Jardín, el 89,1% de los individuos presentó valores normales, mientras que 6,2% presentaron prediabetes y 4,7% diabetes. Teniendo en cuenta el registro realizado por la ENSIN 2005, la prevalencia autoreportada de diagnóstico de diabetes mellitus en el grupo de edad de 18 a 64 años de edad fue de 5,7% (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006, p. 429).

En la ENS 2007, la prevalencia de diabetes referida por entrevista resultó en 3,51% para el ámbito nacional (Rodríguez J, et. al, 2009, p. 136). En este mismo estudio, la prevalencia de hiperglicemia en Colombia (valores  $\geq 125$  mg/dl) se estimó en 2,57%. También se observó que el 2,4% de los que presentaron glicemia normal, el 38,3% de los que presentaron cifras de glicemia consideradas como diabetes y el 7,4% como prediabetes, reportaron haber sido diagnosticado como diabéticos previamente (Rodríguez J, et. al, 2009, p. 161-162).

El estudio sobre Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas, CARMEN, realizado en 2007, considero como diabéticas a las personas en el rango de edad de 15 a 69 años que tuvieron valores superiores a 126 mg/dl para los niveles de glucemia. Este estudio encontró una prevalencia del 2,8%. (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 178).

La prevalencia de diabetes (glucemia  $\geq 126$ mg/dl) encontrada en Jardín, (4,7%), es ligeramente superior a la que se ha descrito en otros estudios realizados en la población Colombiana. Los resultados de Jardín pueden compararse con la ENS 2007, que obtuvo una prevalencia de 2,57%, y con el estudio CARMEN con 2,8%. En estos dos estudios y en Jardín se utilizaron valores de clasificación similares para los valores de glucemia, lo que permiten realizar una comparación y

concluir que, con respecto a los datos disponibles para el territorio nacional, la prevalencia encontrada en Jardín es alta.

#### **5.1.2.2. Indicadores antropométricos: índice de masa corporal, perímetro de la cintura e índice cintura-cadera.**

Según el índice de masa de masa corporal, el sobrepeso y la obesidad en la población de Jardín fueron de 41,7% y de 25,7%, respectivamente. La prevalencia de sobrepeso medido a partir de este índice fue más alto en los hombres (53,4%) que en las mujeres (35,5%) y la obesidad fue más alta en las mujeres (32,3% frente a 13,6%). Según la clasificación del perímetro de la cintura el 72,2% de la población presentó obesidad abdominal, la cual fue mayor en las mujeres que en los hombres (77,9% frente a 61,3%). El índice cintura-cadera indicó obesidad central en el 59,9% de la población y según este indicador quienes tuvieron una mayor afectación fueron las mujeres (71,6% frente a 37,8% en los hombres).

En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional realizada en 2005 (ENSIN-2005), a partir del IMC, la prevalencia de sobrepeso, ( $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ Kg/m}^2$ ), y obesidad, ( $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ ) en el país se estimó 32,3% y 13,7%, respectivamente. A su vez, tanto el sobrepeso como la obesidad tuvieron prevalencias más altas en las mujeres (33% y 16,6%, respectivamente) que en los hombres (31,1% y 8,8%, respectivamente) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006, p. 81-84).

De acuerdo al perímetro de la cintura la ENSIN 2005 también obtuvo la prevalencia de obesidad abdominal (valores  $\geq 94 \text{ cm}$  en los hombres y  $\geq 80 \text{ cm}$  en las mujeres), siendo del 22,6% y del 50,4% en hombres y mujeres, respectivamente. Además, encontró que en 14,1% de los hombres el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas era alto (valores entre 94 a 101 cm), frente a 8,5% que presentaron un riesgo muy alto (valores  $\geq 102 \text{ cm}$ ). Para las mujeres el 24,2% presentó riesgo alto (valores entre 80 a 87 cm) y 26,2% riesgo muy alto (valores  $\geq 88 \text{ cm}$ ). Al contrastar los valores que se encontraron por medio del perímetro de la cintura con respecto al IMC se encontró que la obesidad abdominal en las mujeres presentaba valores similares a los obtenidos por medio del IMC, 49,6% frente a 50,4%, respectivamente. Para los

hombres el exceso de peso según IMC fue de 39,9% y la obesidad abdominal de 22.6% (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006, p. 84-85).

En la versión realizada en 2010 de esta encuesta (ENSIN- 2010) se encontró que en la población en el rango de edad de 18 a 64 años de edad, según el índice de masa corporal, el 51,2% tuvo algún grado de exceso de peso. De este porcentaje 34,6% presentó sobrepeso ( $IMC \geq 25$  y  $< 30$  Kg/m<sup>2</sup>) y 16,5% obesidad ( $IMC > 30$  Kg/m<sup>2</sup>). El sobrepeso fue mayor en las mujeres que en los hombres (55,2% frente a 45,6%). La obesidad también fue más prevalente en las mujeres que en los hombres (20,1% frente a 11,5%). Para este mismo grupo de edad, a partir de la medición del perímetro de la cintura, la prevalencia de obesidad abdominal (valores  $\geq 90$  cm en los hombre y  $\geq 80$  cm en las mujeres) se estimó en 39,8% en los hombres y en 62% en las mujeres (Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Profamilia, 2011, p. 94-95)

De otro lado, con base al análisis del índice de masa corporal (IMC) y tomando como referencia valores mayores de 25 kg/m<sup>2</sup>, la ENFREC II encontró una prevalencia poblacional de sobrepeso del 23,8%. (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 162). Los valores obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el año 2007, para el indicador del índice de masa corporal en la población colombiana, según los valores propuestos por la OMS, muestran que la prevalencia de sobrepeso entre los adultos en el rango de edad de 18 a 69 años es de 32,1% ( $IMC \geq 25$  y  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>), y la prevalencia de obesidad ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) es de 13,7% (Rodríguez, *et al.*, 2009, p. 163). (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 198).

En el estudio de Factores de Riesgos para Enfermedades Crónicas (CARMEN), la prevalencia de sobrepeso reportada es del 24,9%. Utilizando una metodología de clasificación para el índice de masa corporal diferente a la propuesta por la OMS, en este último estudio se encontraron prevalencias de 71,8% y de 73% (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 162).

La prevalencia de sobrepeso (41,7%) y obesidad (25,7%) determinada a partir del IMC en la población del municipio de Jardín es más alta que la que se había reportado en los estudios nacionales que utilizaron este indicador. De otro lado, según el perímetro de la cintura la

prevalencia en Jardín de obesidad abdominal global (59,9%, 37,8% en los hombre y 71,6% en las mujeres) fue mayor que la reportada por la ENSIN 2005 y 2010. Además de ello, de acuerdo al índice cintura-cadera, más de la mitad de esta población (59,9%) tiene una alta prevalencia de obesidad central, la cual se presenta en mayor medida en las mujeres que en los hombres (71,6% frente a 37,8%).

Las alteraciones metabólicas que derivan de la obesidad, tales como dislipidemias, niveles altos de triglicéridos, resistencia a insulina e hipertensión, las cuales se encuentran reunidas en el síndrome metabólico, se han asociado con un aumento en el riesgo de muerte cardiovascular prematura, debido al impacto que el sobrepeso y las comorbilidades asociadas a este tienen en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Así, el mecanismo general que relaciona a la obesidad y el síndrome metabólico con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares se debe a un exceso de grasas saturadas proveniente de la dieta, que generan un mayor reclutamiento de macrófagos por el tejido adiposo y una mayor liberación de ácidos grasos no esterificados, citocinas proinflamatorias, especies reactivas de oxígeno, lipoproteínas de baja densidad (VLDL) ricas en colesterol y lipoproteínas de baja densidad oxidadas. Esto a su vez conlleva a una disminución de adiponectina y óxido nítrico, que favorece un proceso inflamatorio del sistema circulatorio que se da a nivel local y generalizado, proceso conocido como disfunción endotelial, y que conlleva al desarrollo de enfermedades cardiovasculares de etiología aterosclerótica (Contreras & García, 2011, p.108).

En relación a la obesidad y el sobrepeso, se estima que actualmente el proceso de transición epidemiológica está entrando en una nueva fase en la que estos dos factores son los responsables del cambio de los patrones de la morbilidad y la mortalidad en el mundo. Así, para esta fase se estima que la actividad física descenderá a expensas de un incremento de la ingesta calórica en todas las poblaciones del mundo. Esto conlleva a un cambio en el que el sobrepeso y la obesidad se constituyen como la principal epidemia, pero que coexiste y modula la alta prevalencia de enfermedades crónicas a través de los desbalances y comorbilidad que trae asociadas. Así, el nuevo denominador de este periodo de transición se expresa en un aumento de las tasas de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y anormalidades del perfil metabólico que se desplazan como una afectación exclusiva de los adultos, para afectar también a la población de jóvenes y

niños. De otro lado la mortalidad por enfermedades crónicas, principalmente enfermedades cardiovasculares, continúa incrementando (Gaziano *et al.*, 2015).

En este sentido, las altas prevalencias encontradas en Jardín para el sobrepeso y la obesidad son un indicador importante del riesgo de eventos cardiovasculares a futuro, como del proceso actual de transición epidemiológica que se presenta en el municipio. Estos se expresan a través de una alta prevalencia de enfermedades relacionadas con el metabolismo, como son los desbalances del perfil lipídico, y en el hecho que el infarto agudo de miocardio aparezca como primera causa de mortalidad en el municipio. La EAP pudiera estar implicada, ya sea como consecuencia de los desórdenes clínico-metabólicos derivados de la obesidad y en consecuencia, como un factor de riesgo agregado para el incremento de enfermedades cardiovasculares.

## **5.2. Prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) en el municipio de Jardín.**

La prevalencia global de EAP fue de 19,4%, porcentaje que corresponde a valores para el índice tobillo brazo  $\leq 0,90$  mm/hg. La prevalencia en los hombres fue ligeramente más alta que en las mujeres (20,1% frente a 19%). De acuerdo a la edad se encontró que la prevalencia fue mayor en los grupos de más edad. Así, en el grupo de mayores de 75 años fue 31,7%, seguido por el grupo entre 65 a 75 años de edad (19%) y el grupo entre 45 a 55 años de edad (17,6%). El grupo de edad con menor afectación fue el de 55 a 65 años (16,9%). De otro lado, al definir grupos de edad en base a la mediana de edad de la población se observó que la prevalencia en el grupo mayor de 60 años fue más alta que la del grupo menor de 60 años (21,5% frente a 17,4%).

En el estudio arterial de Edimburgo, Fowkes *et al.* (1991) evaluaron la prevalencia de la enfermedad arterial periférica en una muestra aleatoria de 1.592 individuos de la población general en el rango de edad de 55 a 74 años. Por medio del cuestionario sobre claudicación intermitente de la OMS, la medición del índice tobillo brazo (ITB) y cambios en la presión sistólica del tobillo durante hiperemia reactiva, se encontró una prevalencia de EAP de 4.5% (Fowkes *et al.*, 1991, p. 386).

El estudio PARTNERS, realizado por Hirsch *et al.* (2001), evaluó 6.417 individuos. De estos, 62% se ubicaron en el rango de edad de 70 años o mayores y un 38% estuvo en el rango de edad de 50 a 69 años. Este último grupo presentó historial de tabaquismo, diabetes o ambos. Fueron evaluados por medio de historial clínico y por medio de la medición del ITB, considerándose como EAP valores del ITB  $<0,90$ . Se detectó la EAP en el 29% de los individuos y dentro de este porcentaje 13% presentó EAP solamente, sin evidencia de otra enfermedad vascular, 16% presentó EAP y alguna otra afectación vascular –enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular o aneurisma a nivel de la aorta abdominal, 24% solamente presentó otra afectación vascular. Los individuos con EAP tuvieron un perfil de riesgo para aterosclerosis similar al de aquellos que tuvieron solamente alguna otra afectación a nivel vascular (Hirsch *et al.*, 2001, pp. 1317-1320).

De otro lado, Selvin *et al* (2004) en base a los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición (NHANES) realizada en EEUU en el periodo 1999-2000 encontraron que la prevalencia de la EAP entre individuos con una edad mayor o igual a 40 años fue de 4,3%, lo que equivale a 5 millones de adultos en este rango de edad con un ITB  $<0,90$ mm/hg.

En el estudio de Diehm *et al.* (2009) la prevalencia de la EAP fue de 21%. Este estudio prospectivo de cohorte incluyó una muestra representativa de 6.880 individuos no seleccionados, mayores de 65 años, a los cuales se realizó seguimiento monitoreado durante 5 años. El estudio se llevó a cabo con 6.821 individuos y de acuerdo al diagnóstico durante el seguimiento 79% no presentó EAP, 12.3% presentó EAP asintomática (ITB  $<0,90$  sin síntomas de claudicación) y 8.7% EAP sintomática (dolor en la pierna, revascularización de la extremidad inferior, amputación como resultado de la EAP o claudicación intermitente sin importar el valor del ITB) (Diehm *et al.*, 2009, p. 2053-2055).

A partir de las prevalencia reportadas por estos estudios se puede concluir que la prevalencia de EAP obtenida la muestra con que contó esta investigación, comparada con la encontrada por los estudios citados anteriormente es alta (19,4%). Esta prevalencia puede ser explicada en parte por el hecho de que en los individuos evaluados se presenta una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y desbalances del perfil clínico metabólico que son considerados como un perfil que

favorece el desarrollo de la aterosclerosis como afectación generalizada del sistema vascular (National Cholesterol Education Program, 2002, p.3173). Un factor adicional que se relaciona con la alta prevalencia de EAP y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es el envejecimiento poblacional.

Así, desde el punto de vista de la dinámica poblacional del municipio se evidencia que este presenta un descenso de las tasas de natalidad, a la par de que su estructura poblacional da cuenta de un progresivo envejecimiento poblacional. Esto se hace manifiesto en la forma regresiva que presenta su pirámide poblacional y un índice de envejecimiento que fue 0,483<sup>22</sup> en el año 2012. Este valor indica que la población de adultos mayores se encuentra en aumento y que para este año el municipio contaba con 48 adultos en el grupo de edad de 65 años o más por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, lo que equivale a una proporción del 48%.

El envejecimiento poblacional es uno de los factores responsables de la prevalencia de la enfermedad arterial periférica, la cual se encuentra en aumento en todas las poblaciones del mundo. Así, el estudio de Fowkes *et al* (2013), encontró que la prevalencia de la EAP en el mundo para el año 2013, teniendo en cuenta los registros de la década 2000-2010, se ubicaba en 8.3%. Este trabajo partió de 34 estudios (22 pertenecientes a países de ingresos económicos altos y 12 a países de ingresos económicos medios-bajos). De acuerdo a las tasas de prevalencia de las poblaciones de países con altos ingresos e ingresos medios-bajos para el año 2000 y 2010, se estimó el número de personas que padecen la enfermedad, encontrándose que, a causa del envejecimiento poblacional ocurrido durante la década 2000-2010, el número de personas con la enfermedad incrementó en 23,5% a nivel global, pasando de 164 millones de casos en el año 2000 a 202 millones en el año 2010. Al distribuir el número total de casos estimados de acuerdo a regiones específicas de la OMS se encontró que en el año 2010 alrededor de 140,8 millones de personas con EAP vivían en países con ingresos económicos medios-bajos, y de estos, 15.5 millones se encuentran en la región de las américas de la OMS (Fowkes *et al.*, 2013, p.1333-1334).

---

<sup>22</sup> Este cálculo se realizó a partir de la información referente a la pirámide poblacional de Jardín presentada en el documento Análisis de la Situación de Salud del municipio de Jardín (Carvajal *et al.*, 2012, p.14).

Para Jardín se observó que la prevalencia aumentaba con la edad, aunque no se observó que las diferencias entre los grupos definidos partir de la mediana de edad y por grupos decenales fueran estadísticamente significativas. De otro lado, de acuerdo al sexo, también se observó que los hombres presentaron porcentajes más altos que las mujeres para EAP leve a moderada (19,3% frente a 18,6%) y valores considerados como límite de normalidad (26,9% frente a 19%). Estos también tuvieron un porcentaje menor de valores normales que las mujeres (50,4% frente a 60,2%) (Tabla 15). Estas diferencias observadas entre los dos sexos no fueron estadísticamente significativas (Tabla 16).

De otro lado, cabe anotar que esta prevalencia corresponde a la población que habita en la parte de la cabecera municipal de Jardín que fue la que se tomó en cuenta en este trabajo de investigación. La población de las veredas y de la zona rural no fue evaluada en este trabajo y podría hacer parte de otra investigación que permita comprender tanto la prevalencia total de la enfermedad en el municipio, como la distribución de los factores determinantes.

Una de las limitaciones de este trabajo para entender la prevalencia de la enfermedad fue el no haber profundizado en la evaluación cuantitativa de los factores de riesgo derivados del estilo de vida particular de la población, tales como el patrón alimentario, de actividad física y el consumo de alcohol, así como su posible asociación con las enfermedad del sistema vascular.

### **5.3. Factores de riesgo y de protección relacionados con la EAP.**

En este estudio a partir del análisis llevado a cabo con las características sociodemográficas, biológicas y comportamentales de la población se identificaron como factores de riesgo relacionados con valores disminuidos para el índice tobillo brazo ( $\leq 0,90$ mm/hg), los niveles disminuidos del colesterol HDL en las mujeres ( $p=0,048$ ; OR: 3,142; I.C: 1,012-9,749), en los hombres ( $p=0,032$ ; OR: 3,785; I.C: 1,119-12,799) y para el total de la población ( $p=0,034$ ; OR: 3,266; I.C: 1,092-9,765). De otro lado, el índice cintura-cadera también fue un factor de riesgo para las mujeres que presentaron valores para este indicador iguales o superiores al percentil 50 (0,915 cm) ( $p=0,028$ ; OR: 5,207; I.C:1,197- 22,655) (Tabla 25).

De otro lado, también se identificó que para el total de la muestra operaban como factores protectores en relación a presentar valores considerados como normales para el índice tobillo brazo, el no consumo de tabaco ( $p=0,043$ ; OR: 3,487; I.C: 1,040-11,699), el sexo femenino ( $p=0,009$ ; OR: 4,162; I.C: 1,423-12,175), no presentar antecedentes personales de hipertensión arterial ( $p=0,040$ ; OR: 2,615; I.C: 1,043-6,556) y los valores ajustados del perímetro de la cadera iguales o superiores al percentil 50 (0,225 cm) ( $p=0,027$  OR: 5,493 I.C: 1,216-24,806). Además, para el sexo masculino también se observó que el no consumo de tabaco operaba como un factor protector ( $p=0,022$ ; OR: 3,541; I.C: 1,201-10,436) asociado a valores normales para el ITB (Tabla 25).

### **Factores de riesgo:**

- ***Colesterol HDL disminuido.***

Murabito *et al.*(2002) evaluaron 1.554 hombres y 1.759 mujeres con una media de edad de 59 años encontrando una prevalencia global de EAP de 3,9% (2,5% en los hombres y 2,8% en las mujeres). La hipercolesterolemia, el colesterol HDL disminuido, el incremento en los triglicéridos, diabetes, la hipertensión, el consumo actual de tabaco, la cantidad de paquetes de cigarrillos fumados al año, el IMC elevado y la enfermedad arterial a nivel coronario tuvieron asociación con la EAP. Particularmente se observó que la asociación del colesterol HDL con la EAP fue inversa encontrándose que por cada 5mg/dl en el incremento de los niveles de colesterol HDL, había una disminución de casi el 10% en la probabilidad de presentar EAP ( $p=0,01$ ; OR: 0,9; I.C: 0,8-1,0) (Murabito *et al.*, 2002, p.963).

De otro lado, los estudios de Norgren (2007) y Berger (2013), aunque no encontraron una relación directa con los niveles de colesterol HDL, reportaron que en general las alteraciones del perfil clínico metabólico tienen relación con el padecimiento de la EAP. Así, en el estudio Framingham, un nivel de colesterol mayor a 270mg/dl se asoció con un incremento del doble en la incidencia de claudicación intermitente pero la proporción del colesterol total con las lipoproteínas de alta densidad fue el mejor predictor de la ocurrencia de EAP (Norgren *et al.*, 2007, p. S8a). Berger *et al.* (2013) al indagar por la prevalencia de algunos factores de riesgo modificables y su relación con la afectación por enfermedad arterial periférica, encontró que la hiperlipidemia se asociaba significativamente con la enfermedad y aun después del ajuste

multivariado, el porcentaje del riesgo para la EAP atribuible a la hiperlipidemia era del 13% (I.C: 12.6-13.4) (Berger *et al.*, 2013, pp.675).

Se considera que los niveles elevados de colesterol HDL operan como factores protectores ante el desarrollo del proceso general de aterogénesis y la afectación particular de enfermedades del sistema vascular, como la enfermedad coronaria y la EAP. Esto se debe a que esta lipoproteína aporta un efecto antioxidante y antiinflamatorio en el organismo que previene el desarrollo de la aterogénesis (van Lenten *et al.*, 1995, p.2760).

Cabe anotar que los valores disminuido del colesterol HDL no se presentaron aisladamente en la perfil clínico metabólico de la población de Jardín sino que estos se presentaron con coexistencia de otros desbalances del perfil lipídico de los individuos evaluados, tales como niveles elevados de colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL, y características como presentar sobrepeso y obesidad. Aunque estos últimos factores tomados de manera independiente no se encontraron asociados con la EAP en Jardín, todos ellos incrementan el riesgo de padecer la enfermedad y el riesgo de mortalidad cardiovascular (Murabito *et al.*, 2002, p.964). La presencia de varios de estos desbalances del perfil clínico se conoce como un perfil de lipoproteínas aterogénico y es común en las personas con niveles disminuidos de colesterol HDL y afectación prematura en las arterias coronarias (National Cholesterol Education Program, 2002, p.3173).

La población del municipio evaluada presenta simultáneamente varios desbalances del perfil clínico metabólico, o un perfil de lipoproteínas aterogénico, por lo que la sumatoria de estos pudiera ser un factor importante que explica no sólo el porqué de la alta prevalencia de la EAP en el municipio, sino también el que los demás componentes del perfil clínico metabólico y características como el sobrepeso y la obesidad, determinado a partir del IMC, a pesar de ser altos no presentaron asociación de manera individual con la EAP.

- ***Índice cintura-cadera.***

Este indicador antropométrico ha sido utilizado para evaluar el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el metabolismo que tienen relación directa con las enfermedades

cardiovasculares. Para este indicador el 59,9% de la población presentó obesidad central y la afectación fue mayor en las mujeres que presentaron una prevalencia del 71,6%.

Con respecto a este hallazgo los resultados para la población de Jardín parecen seguir la misma tendencia observada en el estudio de Branko *et al.* (2010), un estudio de casos y controles que incluyó 204 individuos (102 con EAP y 102 individuos sanos), con una edad promedio de 58 años y en el rango de edad de 45 a 70 años. Este estudio encontró relación entre dimensiones corporales asociadas a la cantidad de tejido adiposo y su distribución a nivel visceral con respecto a presentar afectación por enfermedad arterial periférica a nivel aortoiliaco. Se observó que los individuos con afectación por EAP tuvieron un índice de masa corporal (IMC), perímetro de la cintura, índice-cintura cadera y un porcentaje de grasa corporal más alto que quienes no presentaron afectación a nivel vascular. Además, los individuos con EAP presentaron una fuerte correlación entre los parámetros antropométricos evaluados y los valores del índice tobillo brazo. En el proceso de regresión multivariada se realizaron dos modelos. En el primero, después del ajuste por la presión arterial y los niveles de colesterol, se identificó que el sobrepeso ( $p < 0,05$ ; OR: 2,525; I.C: 1,198-5,321), un porcentaje de grasa superior al 26,5% ( $p < 0,50$ ; OR: 4,607; I.C:1,448-14,661) y un índice cintura-cadera por encima de 1,02 ( $p < 0,50$  OR: 4,383 I.C:1,024-18,765) fueron potentes predictores de la afectación por enfermedad arterial periférica en la zona aortoiliaca. Luego del ajuste por la presión arterial, niveles de colesterol y el IMC, un porcentaje de grasa corporal por encima de 26,55% ( $p < 0,50$ ; OR: 3,814; I.C: 1,191-12,216) y un índice cintura-cadera por encima de 1,02 ( $p < 0,50$ ; OR: 5,424; I.C: 1,520-19,570) permanecieron siendo significativos. Por último, en este estudio se observó que el IMC como indicador crudo de obesidad es más eficiente al combinarse con otras variables que permiten evaluar la distribución y cantidad de tejido adiposo, tales como el perímetro de la cintura y el índice cintura cadera, en cuanto al estudio de estas variables en función de la afectación por enfermedad arterial periférica (Branko *et.al*, 2011).

A pesar de que el sobrepeso y la obesidad, determinados a partir del IMC, y la obesidad abdominal, determinada a partir del perímetro de la cintura, no se relacionaron individualmente con la EAP en los modelos, se encontró que el índice cintura-cadera por sí solo sí fue un indicador más significativo para la evaluación del riesgo asociado entre la cantidad de tejido

adiposo y la EAP en Jardín. De otro lado para estas variables se tiene que las personas con EAP en el municipio tienen un porcentaje mayor de grasa, determinado a partir de indicadores antropométricos como el IMC, perímetros de la cintura, cadera e índice cintura cadera que los individuos sin la afectación. Así, en el total de la muestra (345 individuos) quienes tuvieron EAP presentaron valores según la media más altos para el IMC (27,4 vs 27,1), perímetro de la cintura (91,4 vs 91,1), índice cintura-cadera (0,93 vs 0,92) y los valores ajustados del IMC (0,16 vs 0,11) e índice cintura cadera (0,18 vs 0,09) que los individuos sin afectación. De otro lado, en la submuestra que contó con variables para la determinación del perfil clínico metabólico (129 individuos) quienes tuvieron EAP presentaron valores más altos según la media para el perímetro de la cintura (93,0 vs 92,0), índice cintura cadera (0,96 vs 0,92) y los valores ajustados del IMC (0,28 vs 0,15), perímetro de la cintura (0,34 vs 0,33) e índice cintura cadera (0,52 vs 0,13), que los individuos sin afectación por EAP. Estos también tuvieron menores niveles de colesterol HDL (44,1 vs 48,9) y mayores de triglicéridos (213,8 vs 164,8) y glucemia (88,1 vs 84,9) que quienes no tuvieron EAP.

#### **Factores relacionados con un ITB normal:**

- *No consumo de tabaco*

Con respecto al consumo de tabaco, en los estudios de Hooi (2001), Selvin (2004), Diehm (2009) y Fowkes (2013), se encontró una fuerte asociación del tabaquismo con la EAP, el cual se considera como el factor de riesgo más predominante y con mayor porcentaje de riesgo atribuible en el desarrollo de la enfermedad arterial periférica.

Así el estudio de Hooi *et al.* (2001), realizado en los Países Bajos, evaluó la incidencia y factores de riesgo para la EAP en forma sintomática y asintomática entre 2.327 individuos con una media de edad de 64,1 años comprendidos en el rango entre 48,1 y 88,5 años. El 54,2% fueron mujeres. Este estudio realizó un seguimiento durante 7,2 años y encontró asociación tanto para quienes eran fumadores actuales, como para los ex fumadores, con respecto a presentar EAP tanto en forma sintomática (fumadores actuales OR: 4,3; I.C:1,09-10,1 vs exfumadores OR: 1,4 I.C:0,5-3,7) como asintomática (fumadores actuales OR: 1,9; I.C:1,3-2,8 vs exfumadores OR: 0,8 I.C: 0,5-1,3). La estimación global del riesgo de presentar EAP fue mayor en los fumadores que en

los ex fumadores, siendo de 2,2 (I.C:1,5-3,1) y 0,9 (I.C:0,6-1,4), respectivamente (Hooi *et al.*, 2001, p.669).

De otro lado, Selvin *et al.* (2004) encontraron que la EAP se encontró asociada con el tabaquismo con una prevalencia de 6,8% entre los fumadores actuales comparados con exfumadores (4,4%) y quienes nunca habían fumado (3,1%). La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales tales como la hipertensión y el tabaquismo, fue alto entre las personas con EAP, además del colesterol alto y la diabetes que también estuvieron asociados. Más del 74% de los individuos que tuvieron EAP tuvieron hipertensión y 33% eran fumadores actuales (Selvin *et al.*, 2004, pp. 739-740). De otro lado, en los análisis ajustados de acuerdo a la edad y el género, se observó que los factores de riesgo tradicionales para enfermedad cardiovascular presentaron asociación con la EAP. Así, el consumo actual de tabaco (OR: 4,46; I.C:2,25-8,84), la diabetes (OR: 2,71; I.C:1,03-7,12) y la hipertensión (OR: 1,75; I.C:0,97-3,15) estuvieron altamente asociadas con la EAP. El riesgo solo se atenuó ligeramente después del ajuste multivariante (Selvin *et al.*, 2004, p. 740).

En el estudio de Diehm *et al.* (2009) aunque el tabaquismo no fue el principal factor de riesgo relacionado con la EAP sí se observó que este estaba relacionado con la enfermedad de manera independiente (OR: 1,37; IC: 1,19-1,59) (Diehm *et al.*, 2009, p. 2058).

De otro lado, Fowkes *et al.* (2013), además de obtener un estimado de la prevalencia a nivel mundial de la EAP y de su aumento durante la década 2000-2010, llevaron a cabo un análisis entre los factores de riesgo relacionados con la enfermedad encontrando que el principal factor de riesgo era el tabaquismo, tanto en países de ingresos económicos altos ( $p < 0,001$ ; OR: 2,72; I.C: 2,39-3,09) como en países de ingresos económicos bajos ( $p < 0,0001$ ; OR: 1,42; I.C: 1,25-1,62), seguido por la diabetes ( $p < 0,0001$ ; OR: 1,88; I.C: 1,66-2,14) vs ( $p < 0,0001$ ; OR:1,47; I.C: 1,29-1,68), la hipertensión ( $p < 0,0001$ ; OR: 1,55; I.C: 1,42-1,71) vs ( $p < 0,0001$ ; OR: 1,36; I.C: 1,24-1,50), y la hipercolesterolemia ( $p = 0,002$ ; OR: 1,19; I.C: 1,07-1,33) vs ( $p = 0,009$ ; OR: 1,03; I.C: 1,03-1,25) (Fowkes *et al.*, 2013, p. 1335).

El consumo de tabaco es un poderoso factor de riesgo relacionado con la etiología de la EAP. Tiene una relación directa con la enfermedad, ya que este factor de riesgo aporta entre 2 a 3 veces más probabilidad de causar EAP que enfermedad coronaria. Además, incrementa el riesgo de EAP de 2 a 6 veces y el riesgo de presentar obstrucción arterial a nivel de los miembros inferiores y claudicación intermitente de 3 a 10 veces. Más del 80% de los individuos con EAP fuman actualmente o fueron fumadores en algún momento de la vida y el riesgo de presentar la enfermedad incrementa sustancialmente con el número de cigarrillos fumados por día y el número de paquetes fumados al año (Hirsch *et al.*, 2006, p. 472).

Para la población del municipio de Jardín el consumo de tabaco fue evaluado por autoreporte y se encontró que su prevalencia fue alta, con respecto a los estudios nacionales que han indagado por la prevalencia de este hábito (Rodríguez *et al.*, 2009), (Ministerio de la Protección Social, 2010), (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, 1999). Aunque para esta población y para el sexo masculino se encontró que el no consumo de tabaco operaba como factor protector en relación a presentar valores normales para el índice tobillo brazo, una limitación de este estudio fue que no se incluyó la cantidad de cigarrillos fumados por unidad de tiempo.

De otro lado, un hecho que puede explicar el por qué no se encontró asociación con respecto a este factor de riesgo clásico para la población del municipio de Jardín, y en tal sentido es una limitación del presente estudio, se debe probablemente a una baja potencia estadística de esta variable en los modelos de regresión logística binaria, ya que menos del 20% de los individuos de la muestra manifestaron fumar actualmente, en relación a la mayoría de individuos que manifestaron no hacerlo al momento de la realización de este trabajo de investigación (Tabla 11).

- ***Sexo femenino.***

Con respecto al hallazgo del sexo femenino como factor asociado con un ITB normal, esta relación aun no es clara en la literatura. Por ejemplo, el estudio de Kardys *et al.* (2007), encontró mayor afectación y riesgo para los hombres a nivel vascular que en las mujeres, aunque esta tendencia no pudo ser explicada satisfactoriamente.

Así, en este estudio se evaluó en una muestra derivada del estudio Rotterdam las diferencias con respecto a presentar aterosclerosis en diferentes lechos vasculares y las diferencias según sexo en cuanto a la afectación. Se evaluaron 2013 individuos mayores de 55 años y con una media de edad de 71,3 años, encontrándose que los hombres tuvieron en general una mayor afectación y riesgo para todos los lechos vasculares evaluados. En el modelo ajustado por la edad, los OR de los hombres con respecto a las mujeres para la afectación y riesgo a nivel coronario, carotideo y de EAP (niveles <0,90mm/hg para el ITB) fueron de 4,4 (I.C:3,3-5,8), 2,7 (I.C:2,0-3,5) y 1,3 (I.C:1,0-1,7), respectivamente. Luego de ajustar por un mayor número de variables consideradas por el estudio<sup>23</sup>, se encontró que el riesgo continuó siendo mayor para los hombres, aunque disminuyó ligeramente después del ajuste, siendo la afectación a nivel coronario de 4,3 (I.C: 3,0-6,3), 2,0 (I.C:1,4-2,8) a nivel carotideo y 0,9 (I.C:0,7-1,3) para la EAP (Kardys *et al.*, 2007, p. 408). Este estudio plantea que si bien la estimación del riesgo de presentar afectación por aterosclerosis fue más predominante a nivel coronario y en el sexo masculino, esta tendencia también se observó en el sexo masculino para los demás lechos vasculares, aunque con proporciones menores que en la afectación coronaria. Esta tendencia no pudo ser explicada por las diferencias en los factores de riesgo cardiovascular evaluados en ambos sexos (Kardys *et al.*, 2007, p. 409-410).

De acuerdo a los resultados para la población de Jardín se observó que si bien el sexo femenino tuvo menor afectación por EAP, fueron estas quienes tuvieron los mayores porcentajes de factores de riesgo biológicos asociados con la enfermedad. Así, en el total de la muestra las mujeres presentaron con respecto a los hombres mayores niveles de obesidad (32,3% vs 13,6%), obesidad abdominal (77,9% vs 61,3%) y obesidad central (71,6% frente a 37,8%), determinados a partir del IMC, perímetro de la cintura e índice cintura cadera, respectivamente (Tabla 14). Además de esto, en la submuestra que contó con información para las variables clínicas se observó que las mujeres fueron las que presentaron mayores porcentajes de desbalances del perfil clínico metabólico (Tabla 13).

---

<sup>23</sup> Edad, el IMC, presión diastólica y sistólica, colesterol total, colesterol HDL, tabaquismo, diabetes mellitus, proteína C reactiva, terapia de reemplazo hormonal, uso de diuréticos, beta-bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y medicamentos para disminuir los niveles de lípidos.

Estos resultados pueden ser importantes en el sentido de indicar que aunque en la población evaluada en Jardín la afectación por EAP se presenta de manera predominante en el sexo masculino, y aunque existen factores de riesgo biológico para EAP en las mujeres, el sexo femenino es coincidente con otros factores de protección que no están suficientemente elucidados.

Esta tendencia no puede ser explicada de manera causal por este trabajo de tesis, lo que deja este aspecto a la espera de otras investigaciones que permitan entender sus particularidades, tal como se ha sugerido en la investigación citada anteriormente. Así, en el estudio de Kardys *et al.* (2007) encontró una prevalencia y riesgo mayor en los hombres, pero el papel del sexo femenino como posible factor de protección con respecto a las enfermedades cardiovasculares no pudo ser totalmente establecido, ya que, si bien se ha planteado que los estrógenos podrían tener un efecto de protección cardiovascular en el sexo femenino, esta hipótesis aún no ha sido probada por ningún estudio y aún se encuentra en debate (Kardys *et al.*, 2007, p. 403). De otro lado, tal estudio planteó que los factores de riesgo cardiovascular tradicionales considerado en la investigación tampoco explicaron el porqué de la diferencia en la afectación y el riesgo en ambos sexos, planteando la necesidad de determinar de manera causal en otras investigaciones cuales son los factores de riesgo específicos que tienen efectos diferentes tanto en el proceso de desarrollo de la aterosclerosis en los diferentes lechos vasculares y como operan de acuerdo al sexo (Kardys *et al.*, 2007, pp. 410).

- ***Antecedentes personales de hipertensión.***

En el análisis multivariado para la población de Jardín se observó que no presentar antecedentes de hipertensión se constituyó como un factor de protección que disminuyó el riesgo de EAP en 2,6 veces. Esto puede entenderse de mejor manera considerando la asociación que de forma univariada puede establecerse entre la afectación de EAP y los individuos con antecedentes personales de hipertensión.

Los individuos que presentaron antecedentes personales de hipertensión presentaron una mayor afectación por EAP frente a los individuos sin antecedentes (27,4% frente a 14,4%). De otro lado, el presentar antecedentes de hipertensión también se relacionó con valores promedio más

altos del IMC (28,1 Kg/m<sup>2</sup> vs 26,6 Kg/m<sup>2</sup>), perímetro de la cintura (93,5 cm vs 89,8 cm), perímetro de la cadera (100,1 cm vs 98,4 cm) e índice cintura-cadera (0,93 frente a 0,91) y un mayor historial de hiperlipidemia (48,1% vs 23,4%), obesidad (30,4% vs 22%), obesidad abdominal (83,0% vs 65,6%), obesidad central (71,1 vs 52,6%), triglicéridos altos (14,1% vs 10,0%) y colesterol HDL disminuido (11,1% vs 8,1%).

La hipertensión se encuentra relacionada con la EAP, aunque la asociación es más débil que la que existe con respecto a la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad coronaria. El incremento en el riesgo de desarrollar EAP atribuido a la hipertensión ha sido encontrado solo en algunos estudios. En el estudio Framingham, la hipertensión incrementó el riesgo de presentar claudicación intermitente en 2,5 a 4 veces en los hombres y mujeres, respectivamente, siendo el riesgo proporcional a la severidad de las cifras de presión arterial elevada (Hirsch *et al.*, 2006, p. 472).

En el presente estudio se observó, además, un mayor promedio de edad entre los individuos con antecedentes de hipertensión arterial (65,2 años vs 58,5 años). La conjunción de ambos factores explicaría la asociación con una mayor probabilidad de presentar EAP. A su vez, permite inferir el por qué no tener antecedentes obra como factor relacionado con ITB normal en la población del municipio de Jardín, con respecto a los individuos con un ITB “no normal”.

- ***Perímetro de la cadera z.***

Los valores para el perímetro de la cadera ajustados que se ubicaron por encima de la mediana ( $Z > 0,225$ ) operaron como factores protectores ( $p=0,027$ ; OR: 5,49; I.C: 1,216-24,809). Se observó que los individuos que se ubicaron por encima de la mediana para los valores ajustados del perímetro de la cadera ( $Z > 0,225$ ) presentaron un menor porcentaje de afectación por EAP y mayor porcentaje de valores normales para el índice tobillo brazo, 18,2% frente a 81,8%. En relación a los valores del perímetro de la cadera ajustados se observó que los individuos con EAP (valores para el ITB  $< 0,90$ mm/hg) presentaron valores promedio ligeramente más bajos que los de los individuos sin EAP ( $z = 0,15$  frente  $z = 0,27$ ). Esta tendencia también se presentó para el perímetro de la cadera no ajustado (98, 0 frente a 99,2).

La tendencia a presentar valores más bajos del perímetro de la cadera en individuos con EAP fue observada también en el estudio que se referenció anteriormente. Así, el estudio de Branko *et al.* (2010), al estudiar la relación entre porcentaje de grasa corporal, su distribución y la EAP, encontró que el IMC por sí solo era un indicador insuficiente para estudiar la relación del sobrepeso y la obesidad con la EAP, ya que este indicador no daba cuenta de su distribución corporal. Aunque se consideró como mayor predictor en este estudio al índice cintura-cadera puesto que presentaba alta correlación con el IMC ( $r$  de Pearson 0,77  $p < 0,001$ ), el cual es una estimación global de la cantidad de grasa corporal, se observó que también el perímetro de la cadera era un indicador con alta correlación ( $r$  de Pearson 0,73  $p < 0,001$ ), observándose que este era menor entre quienes presentaban EAP que en los individuos sanos (96,8 cm y 98,0 cm respectivamente). Además de ello el perímetro de la cadera presentó una relación inversa con los valores del ITB en individuos con EAP ( $r$  de Pearson -0.344,  $p < 0.001$ ) (Branko *et al.*, 2011, p.85-86).

#### **5.4. Modelos explicativos sobre la EAP y otros padecimientos vasculares:**

De otro lado, en cuanto a los resultados etnográficos, es importante resaltar como aspecto general que la comunidad del municipio de Jardín dio cuenta de diversas estrategias relacionadas con la búsqueda de atención en salud y de acciones que se ponen en marcha para el restablecimiento y el cuidado de la salud vascular. Estos aspectos se presentaron en el apartado correspondiente a los resultados del componente cualitativo, y sus elementos estructurales están condensados de manera general en los itinerarios terapéuticos derivados de la EAP y otras enfermedades crónicas, los cuales fueron obtenidos por medio de entrevistas aplicadas a la población.

Los modelos explicativos derivados de la EAP se estructuraron en torno a la explicación etiológica, la sintomatología y progresión de la enfermedad. Además de estos aspectos, la mayoría de los individuos se refirió a su vivencia personal con la enfermedad, haciendo evidentes percepciones que ellos mismos y su círculo social habían constituido en torno a los padecimientos relacionados con la EAP o con otras enfermedades crónicas. En este sentido, al indagar durante el proceso de entrevistas sobre los modelos explicativos de la población, se

encontró que algunas de las percepciones, nociones y etiquetamientos asignados a la enfermedad, en ocasiones no correspondieron con las formas o el criterio general del personal médico, por lo que fueron comunes las referencias a desencuentros a nivel de la comunicación clínica.

Otro aspecto importante a mencionar sobre los modelos explicativos estructurados por los individuos fue que, a pesar de que se logró evidenciar algunas de las estrategias que los individuos ponían en marcha para hacerle frente a la EAP y a otras enfermedades crónicas que coexistían con este padecimiento, algunas de estas construcciones no se materializaron en la forma de acciones concretas puestas en marcha para enfrentar la enfermedad o para reestablecer la salud.

Los aspectos mencionados no restan importancia a los hallazgos etnográficos aportados por esta investigación ni al conocimiento que se pudo construir sobre las nociones que guían la búsqueda de atención en relación a la salud vascular y los padecimientos derivados de la EAP, ya que no todas las referencias, temáticas y explicaciones que subyacen a la enfermedad y que son construidas por los individuos y su grupo social, se expresan en acciones. Así, una de las funciones de los sistemas explicativos también es determinar qué es lo que se considera como evidencia clínica relevante y cómo ésta es organizada e interpretada para el direccionamiento de enfoques específicos de tratamiento. Por ende, las personas estructuran diferentes explicaciones sobre su enfermedad que les sirven de guía para la búsqueda de alternativas terapéuticas. Estas explicaciones a su vez difieren entre los individuos y no tienen en todos los casos el mismo nivel de profundidad y alcance a nivel explicativo. Así, según Kleinman (1980, p.105-106) puede darse que los modelos explicativos difieran en cuanto a su poder analítico, nivel de abstracción, articulación lógica, metáforas y lenguaje empleado, porque se encuentran arraigados en sistemas cognitivos más grandes, que a su vez, están influenciados por el entorno social y cultural de la comunidad que se estudia.

Esta situación plantea el hecho de que, aunque los modelos explicativos que subyacen al proceso salud-enfermedad-atención sean elementos heterogéneos, son también, como se encuentra implícito en la propuesta de Menéndez (1994), elementos universales de todos los sistemas de

atención en salud que permiten explicar algunas de las relaciones que establecen los actores sociales, las instituciones y demás elementos que conforman estos sistemas. Este conocimiento es de gran relevancia para la planeación de políticas y estrategias de promoción y prevención en salud, debido a que permitiría, al igual que lo hacen los individuos, dotar de sentido y elucidar algunos de los factores que explican el por qué de los comportamientos y actitudes que asumen los grupos sociales frente a la salud y la enfermedad.

De otro lado, otro aspecto relevante de esta investigación, en relación a los modelos explicativos, fue que estos también giraron en torno a varias enfermedades en un mismo momento. Así, se encontró que los individuos valoraban cuál de los padecimientos tenía mayor relevancia para ellos. Un ejemplo de ello fue el nivel de afectación y discapacidad percibida, elementos que determinaron en parte la forma en que se estructuraron las explicaciones relativas a la EAP y en general las enfermedades relacionadas con el sistema vascular. Este aspecto expresa la relación que los individuos presentaban con sus padecimientos y las lógicas que subyacen a la representación de la enfermedad, ya que se ha planteado que, a diferencia de los modelos o explicaciones de dominio del personal médico, las que construyen los pacientes y su familia se dirigen hacia lo que es considerado como más importante y no aluden necesariamente a todos los campos desde los que la biomedicina podría representar la enfermedad (Kleinman, 1980, p.105-110). Un ejemplo de esto fue que algunos de los individuos que padecían de EAP hicieron alusión a los síntomas y la etiología de otro tipo de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, ya que percibieron en estos padecimientos una mayor fuente de afectación para su cotidianidad.

Debe aclararse que si bien en este trabajo se hizo referencia al conjunto de prácticas que se inscriben por fuera del ámbito biomédico y que provienen del sector popular y tradicional del sistema de atención en salud del municipio de Jardín, lo tradicional constituyó una mirada sobre diversas prácticas en relación a la salud. Siguiendo a Menéndez (1994, p. 74), el interés de este trabajo no fue la indagación por prácticas relacionadas con el cuidado de la salud y constituidas “tradicionalmente”, en el sentido de expresiones esenciales, homogéneas e inmutables, perteneciente a grupos “tradicionales” o con cierto carácter ancestral. Se hizo uso del concepto

de medicina tradicional o alternativa para designar a todas las terapias y formas de enfrentar la enfermedad que no pertenecen, ni a los modelos explicativos, ni a los marcos cognitivos, estructurales o formas de atención propias de la biomedicina.

En relación con esta observación cobra una gran importancia la indagación por las formas como las comunidades hacen frente a la enfermedad a partir de elementos que son compartidos por la mayoría de los individuos y que se derivan del conocimiento construido por el sector popular de los sistemas de atención en salud, ya que este sector hace referencia al espacio o campo social más grande de los sistemas de atención en salud y a una matriz constituida por estructuras cognitivas y acciones diseminadas en varios niveles, como son el individuo, la familia, redes de apoyo social. Es en este entorno no profesional ni especializado donde la enfermedad es primeramente definida y se inician o se llevan a cabo actividades relacionadas con el cuidado de la salud (Kleinman, 1980, p.50-51).

Dado que la EAP y las enfermedades del sistema vascular son padecimientos crónicos que requieren de la puesta en marcha de tratamientos y acciones tendientes a conservar la salud, a estos correspondieron distintos regímenes terapéuticos derivados de la consulta de varios sistemas médicos dentro del municipio. Estos expresaron acciones técnicas, acciones simbólicas y recurrencia a elementos de distintos sectores del sistema de atención en salud que en ocasiones operaron en un mismo momento del curso de la enfermedad. Esto gracias a la toda la gama de acciones movilizadas para afrontar la enfermedad contenidas en los itinerarios terapéuticos tanto de los individuos, como de su grupo familiar.

### **5.5. Itinerario terapéutico de la EAP y enfermedades vasculares en Jardín.**

De acuerdo con los resultados etnográficos puede decirse que la búsqueda de atención en salud de la que dan cuenta los itinerarios terapéuticos que siguieron los individuos que padecieron de EAP, tanto para su manejo, como el de otras las enfermedades relacionadas con problemas de circulación a nivel periférico, se refieren mínimamente a tres niveles donde es posible manejar

estos padecimientos. En primera instancia, el método más común de búsqueda de atención fue la consulta con personal médico del hospital del municipio. Como medida secundaria, después de haber utilizado este recurso y cuando se consideró que no daba resultado, los individuos en algunas ocasiones recurrieron por cuenta propia a métodos como la elaboración de bebidas, el uso de plantas medicinales y elementos de tiendas naturistas. Una tercera opción terapéutica fue la consulta con personas de la comunidad que tenían algún grado reconocimiento social y efectividad en cuanto al tratamiento de este tipo de enfermedades y cuyos métodos o prácticas para curar constituyen una mixtura de conocimientos, como son las propiedades de algunas plantas, elementos derivados de la biomedicina, como el uso de fármacos y prácticas relacionadas con la espiritualidad y lo simbólico, como son los rezos.

De otro lado, se hizo visible que los itinerarios terapéuticos referidos por las personas entrevistadas y derivados del padecimiento de la enfermedad arterial periférica (EAP) o enfermedades relacionadas con el sistema vascular, fueron influidos principalmente por cuestiones de orden pragmático, como fueron las limitaciones de tipo económico, la pertenencia a diferentes servicios de salud y la no posibilidad de hacer viables tratamientos y procedimientos médicos dentro de los límites del municipio. Tales aspectos se constituyeron como una limitante de primer orden en cuanto a la posibilidad de acceder a atención en salud en el ámbito de la biomedicina y en algunos de los casos determinaron la necesidad de emprender formas alternativas de atención, como fueron: el uso de las propiedades terapéuticas de algunas plantas, la consulta con médicos particulares y de personas con algún grado de legitimidad social dentro de la comunidad, percibidos como mediadores de los estados de salud y enfermedad aunque no pertenecieran al ámbito biomédico.

En relación con estas observaciones, aunque no fue un aspecto profundizado por esta investigación, se ha observado que ante los momentos de enfermedad y la presencia de las dolencias, los individuos aunque puedan estar limitados por aspectos económicos o de infraestructura del sistema de salud, estructuran estrategias para reestablecer el estado de salud que, según Samuelsen (2004, p.30), dependen del tipo de capitales con que cuentan en un momento dado.

El sistema biomédico y sus instituciones en Jardín son de carácter normativo, a diferencia de las formas tradicionales de tratar la salud y la enfermedad. Además de ello, por su devenir histórico, el componente institucional del saber biomédico moviliza todas las formas de capital y se posiciona a sí mismo como el sistema principal relacionado con la atención en salud (Menéndez, 1982, p.1). Al contrario, los sistemas de atención tradicionales no necesitan enfrentarse con el saber biomédico ya que, de un lado, estas formas de atención al estar insertas en relaciones de poder respecto del saber biomédico terminan por ser medicalizadas, adoptando algunos elementos de este saber (Menéndez 1982, p.3). De otro lado, dos elementos que sustentan la existencia de este tipo de prácticas es su legitimidad social dentro de un grupo humano, la cual se expresa a través del reconocimiento por parte de algunos miembros de la comunidad de estas formas alternativas de atención y cuidado de la salud. En segundo lugar, los actores tradicionales y no expertos no enfrentan sus estructuras cognitivas y actividades relacionadas con el cuidado de la salud contra la estructura del sistema de atención en salud estatal puesto que sus prácticas y conocimientos están enraizadas en el corpus de conocimiento popular, en gran medida compartido por todos los miembros de la comunidad, y por ello remiten a un conocimiento somatizado o corporalizado "embodied knowledge", que no necesariamente alcanza la esfera de la confrontación discursiva porque es tradicional y se toma como evidente en sí mismo (Samuelson, 2004, p. 36- 37).

Aunque dentro del municipio de Jardín se encuentra el resguardo indígena Emberá de Karmata Rua, las entrevistas referentes al componente etnográfico y el componente epidemiológico de este trabajo se llevaron a cabo con población mestiza de la cabecera municipal. Este aspecto pudiera explicar el que no se encontraron grandes divergencias en los referentes y prácticas de la comunidad con respecto al proceso salud, enfermedad, atención. En este sentido, aunque los modelos explicativos tuvieron alguna influencia sobre el proceso de búsqueda de atención en salud y el uso de los sistemas médicos disponibles dentro del municipio, la búsqueda de atención en salud dependió en mayor medida de aspectos como la disponibilidad de opciones técnicas y terapéuticas en el hospital del municipio y de la disponibilidad de dinero para costear tratamientos y desplazamientos cuando era requerido salir del municipio. Además de ello, la búsqueda de otras opciones terapéuticas también se encontró mediada por los desencuentros en la comunicación clínica, ya que algunos de los fragmentos de entrevistas sugieren que en

ocasiones los entrevistados percibieron tensiones en la relación médico-paciente, derivadas de que no se tomaba en cuenta las dimensiones relativas al padecimiento y la dolencia en los individuos.

Otro elemento que pudiera explicar que no se hayan presentado muchas divergencias en cuanto a los referentes de la salud y la enfermedad fue que la mayoría de los individuos de la muestra se distribuyeron sólo en dos estratos socioeconómicos -durante el trabajo de campo se percibió que estos no presentaban diferencias muy marcadas- y en dos categorías de acuerdo al nivel educativo (**Tabla 10**).

Se ha descrito previamente por otros estudios en el país que aspectos como el nivel de escolaridad y el estrato socioeconómico, tienen cierto influjo sobre la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades relacionadas con el sistema vascular. Así, la prevalencia de hipertensión, niveles elevados de colesterol, triglicéridos y niveles disminuidos de colesterol HDL se distribuyen de manera desigual en la población colombiana de acuerdo al nivel de escolaridad y el estrato socioeconómico, siendo la prevalencia mucho menor a medida que tanto el estrato como el nivel de escolaridad es más alto (Ministerio de la Protección Social, 2010, p. 154-158).

Aunque para Jardín la relativa homogeneidad de la muestra seleccionada puede explicar cierta convergencia en cuanto a los sistemas explicativos y referentes de salud de la población, también representa una limitante para este trabajo. Así, aunque no se encontró asociación de las características sociodemográficas con respecto a la afectación por EAP y se observó que los individuos utilizaban de maneras diferentes los recursos de atención en salud, no se profundizó en estas diferencias y los posibles determinantes derivados de variables como el sexo, la edad, el estrato socioeconómico o el nivel de escolaridad.

En relación a la EAP, una característica que se constituyó como un aspecto determinante de los itinerarios terapéuticos asociados a los padecimientos del sistema vascular fue la conciencia o el tener conocimiento sobre el hecho de presentar algún tipo de afectación en alguno de los lechos vasculares. Así, algunos de los individuos entrevistados a pesar de presentar un diagnóstico de EAP previo a la entrevista, no habían tenido la necesidad de recurrir a acciones individuales, a nivel del núcleo familiar o la búsqueda de atención por fuera de estos dos niveles, así como tampoco se encontraban poniendo en práctica acciones tendientes al manejo o la prevención de este tipo de enfermedades.

En este sentido, tanto la afectación generalizada de la aterosclerosis, como su manifestación particular en la EAP, podían presentarse en algunos de los individuos en ausencia de acciones emprendidas en el pasado o recientemente para la prevención de problemas cardiovasculares. En los individuos asintomáticos las acciones tendientes a la búsqueda de atención en salud o la puesta en marcha de acciones consideradas como benéficas para cuidar la salud vascular dependieron de percibirse enfermo o haber sido incluido según el criterio médico, en los grupos o categorías de “enfermo” y “sano”, aspecto que fue determinado en gran parte por la percepción de síntomas o la experiencia del deterioro de la calidad de vida.

Un aspecto que no fue abordado por este trabajo durante la indagación por los itinerarios terapéuticos derivados del padecimiento de la EAP fue la realización de una caracterización sobre las plantas utilizadas para la curación o el tratamiento de los padecimientos relacionados con la circulación periférica. Este aspecto pudiera ser importante debido a que la caracterización de las plantas y el conocimiento sobre sus propiedades permite entender el papel que cumplen los sistemas alternativos de atención en salud, en relación a la eficacia de sus tratamientos, dentro de la totalidad del sistema de atención en salud de una comunidad o grupo social determinado.

En este trabajo, a partir de las entrevistas llevadas a cabo, se pudo realizar un acercamiento al funcionamiento del sistema de atención en salud de la cabecera municipal del municipio de Jardín. Así, la indagación por los itinerarios terapéuticos y representaciones sociales sobre la

EAP y las enfermedades del sistema vascular, permitieron visibilizar algunas de las relaciones e interacciones entre los componentes del sistema. Este aspecto aunque no pudo ser desarrollado a profundidad, dio cuenta de diversidad de opciones terapéuticas y estrategias para el cuidado de la salud vascular que coexisten dentro de los límites del municipio. Un elemento relevante en relación con esta pluralidad de opciones es que los individuos, a partir de las decisiones que toman para hacerle frente a los padecimientos relacionados con el sistema vascular y enfermedades crónicas, posicionan tanto las instituciones, como sus formas de curar, entendidas estas como elementos que son de tipo técnico, ideológico y simbólico.

Habitualmente se piensa que los profesionales organizan el cuidado de la salud para los no expertos, pero típicamente son estos los que activan las acciones tendientes al cuidado de la salud al decidir cuándo y con quien consultar, si se siguen o no los tratamientos, cuando cambiar de alternativa terapéutica, cual acción se considera efectiva y si se está satisfecho con esta. En este sentido, el sector popular funciona como la fuente principal del cuidado de la salud y su determinante más inmediato. Así, cuando las personas recurren al personal profesional en salud o a cabezas médicas del sector tradicional sus elecciones están ancladas en las orientaciones ideológicas y de valores del sector popular. Después de que un individuo recibe tratamiento, regresa al sector popular para evaluarlo y decidir qué hacer después. El sector popular es el nexo entre los límites establecidos por los diferentes sectores que entran en relación con la salud. (Kleinman, 1980, p.50-51)

## **5.6. Actitudes, practicas, creencias y comportamientos en relación al riesgo y el cuidado de la salud vascular.**

Como se evidencio en los resultados etnográficos, la espiritualidad, entendida como las creencias religiosas y la fe, fue un aspecto que hizo parte de las definiciones de salud y enfermedad. Además de ser aspectos transversales a la construcción social de estos conceptos, la fe y la

religión operaron como estrategias efectivas de afrontamiento que permitieron a algunos de los entrevistados hacerle frente a situaciones en las que se tuvieron complicaciones del estado de salud vascular. Además de ello, también se pudo entrever que los individuos que tuvieron un mayor acercamiento con lo religioso fueron quienes asumieron con mayor frecuencia tanto acciones protectoras de la salud vascular, como actitudes de aceptación y resignación frente a los padecimientos derivados de la afectación por enfermedades vasculares a nivel de los miembros inferiores y también de otros padecimientos crónicos.

Según Moreno-Altamirano (2007, p.63), la salud se vincula a la religión como un “don”, cuya pérdida se considera un castigo divino, provocado por transgresiones individuales o grupales o a causa de la exposición a elementos físicos del ambiente. Otro aspecto relativo a esta concepción es que esta circunscribe la curación a la obediencia y fomenta la actitud pasiva o receptiva del hombre. Este aspecto se hizo evidente en las concepciones sobre la salud y la enfermedad de la comunidad de la cabecera municipal de Jardín, toda vez que se encontraron cruzadas por lo religioso, aspecto que determinó que en la mayoría de los casos los individuos que padecían de EAP iban normalizando con el tiempo la experiencia de convivir con la enfermedad. En algunos casos se aludía al argumento de que si Dios había permitido la manifestación de los padecimientos era porque él tenía una finalidad. En este sentido, el aspecto religioso daba un sentido teleológico a la disrupción del estado de salud.

Los hábitos de vida saludable y las conductas benéficas para la salud vascular se entendieron por parte de los individuos como una cuestión de adquisición de costumbres durante la vida. Al respecto se encontró que el haber crecido en entornos que los entrevistados describieron como de exposición a factores de riesgo, se relacionó con referentes sociales como el de la adultez, estar a la moda, ser como los padres, los cuales fueron aspectos que tuvieron valor explicativo para algunos de los individuos sobre el porqué de haber mantenido conductas de riesgo, como fumar, durante la mayor parte de su ciclo vital.

Un elemento que pudo influir sobre las diferencias percibidas por los entrevistados en cuanto a la existencia de mayores posibilidades de asumir hábitos de vida saludables y acciones protectoras de la salud vascular en la actualidad, se deriva de que los programas dirigidos hacia el control de los factores de riesgo para enfermedades crónicas son estrategias implementadas recientemente. Este tipo de lineamientos sólo en la actualidad ha tenido alguna influencia en la modificación de las conductas de los individuos y la creación del referente del riesgo, aspecto que según los entrevistados no estuvo presente en su época. Este aspecto se constituye en un hallazgo importante que pudiera relacionarse con el desarrollo del ámbito biomédico y de los enfoques que ha tenido la epidemiología en el país, ya que según Idrovo, Slava, Rodríguez y Rodríguez (2008, p.482-483) el perfil epidemiológico del país hasta mediados de los 80's del siglo pasado, y durante toda la primera mitad, se caracterizó por la prevalencia de enfermedades transmisibles. En este sentido, la problemática de las enfermedades crónicas y las acciones tendientes a la promoción y prevención de sus factores de riesgo es un hecho más o menos reciente en las políticas nacionales de salud, hecho que puede inferirse de que las acciones encaminadas a reducir el impacto de la morbilidad y la mortalidad por este tipo de enfermedades se han emprendido en el lapso de los últimos 35 años.

Además, esto es soportado por algunos de los estudios citados anteriormente, realizados a nivel nacional durante la década de los 90's del siglo XX –Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre el consumo de tabaco, Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo en Colombia ENFREC II- y durante la primera década del siglo XXI -encuestas nacionales de salud ENS 2005 y ENS 2007, y los estudios sobre enfermedades crónicas CARMEN y STEPS Santander-, los cuales intentaron poner de relieve la problemática del cambio en los patrones de enfermedad en Colombia. Estos estudios se orientaron hacia la estimación de la prevalencia tanto de algunos factores de riesgo –tabaquismo, desbalances del perfil clínico metabólico, el sobrepeso y la obesidad- como de las enfermedades crónicas -hipertensión y diabetes- y de algún modo fueron recogidos por el documento de Análisis de la Situación en Salud del País realizado en 2010. Actualmente se cuenta con un Plan Decenal de Salud Pública para el periodo 2012-2021 que incluye dentro de sus lineamientos transversales estrategias tanto para el control de las enfermedades crónicas como para el fomento de hábitos de vida saludables. Estas estrategias se

han puesto en marcha también en relación al reconocimiento del efecto del envejecimiento poblacional en el país y la necesidad de implementar políticas de promoción y prevención tanto para los grupos de mayor edad como para la población aún joven. Con respecto a los primeros la estrategia se orienta hacia reducir a futuro los niveles de dependencia del adulto mayor y de la población que se encuentra en proceso de envejecimiento mediante la promoción del envejecimiento activo y el fomento de una cultura positiva de la vejez (Ministerio de la Protección Social, 2013).

Así, los individuos que fueron entrevistados en el municipio de Jardín presumiblemente a lo largo de su vida no se relacionaron de una manera tan directa con el concepto de riesgo y los lineamientos para evitar conductas perjudiciales para la salud vascular. Para algunos de los individuos la aprehensión y reconocimiento de estas categorías se dio a partir de episodios de enfermedad en los que el diagnóstico de algún padecimiento crónico terminaba por hacer visibles los factores de riesgo, e hicieron manifiesta la necesidad de modificar aspectos conductuales ligados a sus estilos de vida. De otro lado, aunque las entrevistas hacen evidente que la población reconoce e identifica conductas y acciones que incrementan el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el sistema vascular, en ocasiones se aludió a que poseer estos conocimientos no necesariamente conlleva a que los individuos adopten conductas encaminadas a la prevención. Esto se expresó en aspectos como cambiar los hábitos alimenticios, la realización de actividad física y el suspender hábitos como el consumo de tabaco.

Las políticas públicas en salud deben entenderse como una respuesta a la transición demográfica y como consecuencia de lineamientos de desarrollo económico implementados en el país en el transcurso de las últimas décadas. Particularmente este aspecto se puede visibilizar en relación al hábito de fumar, ya que según González, Rodríguez, Marín García y Murillo (2007, p.132-140), la regulación del consumo de tabaco en Colombia ha sido un aspecto problemático que implica tensiones entre los discursos de las instituciones del Estado, como son el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de la Protección Social, divididas entre consideraciones de tipo económico, los intereses políticos de algunos partidos y sectores sociales y por último los conceptos en salud emitidos por los profesionales de la salud. Estas tensiones han significado

que en ocasiones no hayan podido definirse lineamientos claros con respecto al control de este factor de riesgo, situación que además se relaciona con que este tipo de políticas de promoción y prevención son recientes.

## 6. Conclusiones.

La prevalencia global de EAP en el municipio de Jardín fue de 19,4%, siendo ligeramente más alta en los hombres que en las mujeres (20,1% frente a 19%). Además, se encontró que la prevalencia se incrementó en los grupos de edad mayores, 31,7% en el grupo de 65 a 75 años, frente a 17,6% en el grupo de 45 a 55 años. Las diferencias en la afectación según el sexo y la edad no fueron significativas. Los resultados de este trabajo cobran importancia debido a que es la primera vez que se obtiene la prevalencia de EAP en Colombia en una muestra correspondiente a la población general.

La prevalencia de EAP encontrada en el municipio es alta, comparada con otros estudios. Esta situación puede ser explicada, en parte, por el hecho de que en los individuos evaluados se presentó una sumatoria de factores de riesgo. Así, en este estudio se encontraron como factores de riesgo asociados a EAP, los valores disminuidos del colesterol HDL en las mujeres y para el total de la población. De otro lado, el índice cintura-cadera también fue un factor de riesgo para las mujeres que presentaron valores para este indicador iguales o superiores al percentil 50. Aunque no se encontró asociación en la muestra de la EAP con la edad, la prevalencia sí fue más alta en el grupo de mayor edad, debido al proceso de envejecimiento poblacional general que vive tanto el departamento de Antioquia como el municipio de Jardín.

Se identificó que para el total de la muestra operaban como factores protectores, relacionados con un mayor probabilidad de presentar valores normales para el índice tobillo brazo, el no consumo de tabaco, el sexo femenino, no presentar antecedentes personales de hipertensión arterial y los valores para el perímetro de la cadera ajustado iguales o superiores al percentil 50. De otro lado, para el sexo masculino también se observó que el no consumo de tabaco operaba como un factor asociado a valores normales para el ITB.

La prevalencia de EAP en las mujeres fue menor que en los hombres, aunque los valores elevados de colesterol total, triglicéridos y colesterol LDL fue mayor en las mujeres. De otro lado, los hombres presentaron una mayor prevalencia tanto de EAP como de niveles disminuidos de colesterol HDL. Con variaciones entre sexos, estos hallazgos dan cuenta de una prevalencia alta de valores considerados como no deseables en el perfil lipídico de la población, que se

relacionan con en el desarrollo de enfermedades del metabolismo, EAP y, de forma subsecuente, enfermedades cardiovasculares, que podrían expresarse en el perfil de morbilidad y mortalidad de la población adulta del municipio de Jardín en los próximos años. Por tanto, aunque solo el HDL disminuido se expresó como factor de riesgo para mujeres y para el total de la muestra en los modelos multivariados, no se descarta el efecto de las otras variables clínico-metabólicas, teniendo en cuenta su alta prevalencia en la población estudiada.

La predominancia de un perfil de lipoproteínas aterogénico pudiera derivar de los cambios operados en el patrón alimentario y estilos de vida en el municipio. De un lado, los individuos suelen distinguir entre una llamada “alimentación tradicional” y una “alimentación actual” en la que se percibe cierto grado de desintegración o pérdida de elementos considerados como saludables que fueron sustituidos por la llegada de alimentos procesados industrialmente, como las carnes frías o las gaseosas, ricos en grasas y azúcares refinados con alto contenido energético.

A su vez, el perfil lipídico aterogénico se relacionaría, además, con los resultados de la valoración de grasa total y su distribución corporal en la muestra. Se encontró alta prevalencia de sobrepeso en los hombres (53,4%) y de obesidad en las mujeres (32,3%). La acumulación de grasa central fue alta en toda la muestra, siendo mayor en las mujeres que en los hombres (77,9% frente a 61,3%). El índice cintura-cadera elevado fue predominantemente alto en las mujeres (71,6%) frente los hombres (37,8%). En suma, las variables relacionadas con la grasa corporal, pueden tener influjo en la alta prevalencia de enfermedades clínico metabólicas y, muy posiblemente, con la EAP en los individuos de la cabecera municipal del municipio de Jardín, aunque solo el índice cintura-cadera se expresó como riesgo en los modelos multivariados para dicha enfermedad.

De otro lado, el itinerario terapéutico de los individuos con EAP evaluados por este trabajo, da cuenta de la existencia de diferentes espacios que conforman el sistema de atención en salud local. La primera instancia consultada es el hospital del municipio, aunque en ocasiones se emprenden tratamientos complementarios y provenientes de otros espacios relacionados con el cuidado de la salud, por lo que fue frecuente la coexistencia de varios regímenes terapéuticos para el manejo de los padecimientos derivados de la EAP y otras enfermedades crónicas. En este

escenario, el sector popular funciona como fuente importante en la definición de conceptos y acciones para el cuidado de la salud.

En cuanto a prácticas y estrategias en relación al cuidado de la salud vascular se hizo evidente, a partir del trabajo de campo etnográfico, que la población del municipio hizo alusión al conocimiento que poseían sobre el uso de las propiedades de algunas plantas para el manejo de los padecimientos derivados de enfermedades que afectan la circulación periférica, como la EAP, y de otros padecimientos crónicos que coexistían con esta enfermedad.

Las actitudes y representaciones en relación a la EAP dan cuenta de la aceptación de los padecimientos asociados a las enfermedades vasculares y otras enfermedades crónicas. Los individuos perciben la presencia de algunos de sus padecimientos como algo normal y derivado de la edad y sus estilos de vida. Dentro de este componente fue evidente que se recurre a las creencias religiosas y la fe como estrategia de afrontamiento de los padecimientos, ante disrupciones del estado de salud y como forma de restablecimiento de la comunicación clínica del individuo con el ámbito biomédico o su núcleo familiar.

Aunque la población reconoce e identifica conductas y acciones que incrementan el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el sistema vascular, en ocasiones se aludió a que poseer estos conocimientos no necesariamente conlleva a que los individuos adopten conductas encaminadas a la prevención. Esto se expresó en aspectos como cambiar los hábitos alimenticios, la realización de actividad física y el suspender hábitos como el consumo de tabaco.

La información aportada por los participantes sobre sus itinerarios terapéuticos expresó la forma en que aspectos como las creencias, las actitudes y prácticas relacionadas con la salud vascular, configuraban algunos modelos explicativos sobre la enfermedad, derivados de la ideología de todos los sectores que entran en relación con la atención en salud y que se materializan en acciones terapéuticas ante los episodios de enfermedad y constituyen así la realidad clínica de los grupos sociales.

La orientación de los individuos hacia hábitos de vida saludables se ha operado de manera reciente dado que las políticas de promoción y prevención para el control de ECNT en Colombia son más o menos recientes, así como la inclusión del adulto mayor en políticas para el desarrollo integral de esta etapa del ciclo vital.

Los modelos explicativos construidos por los individuos en relación a la EAP, aunque no fueron homogéneos, se dirigieron principalmente a alusiones sobre la etiología, curso de desarrollo y síntomas de la enfermedad, mediados por las percepciones que los individuos y su círculo social elaboraron en torno a los padecimientos relacionados con la enfermedad

Los itinerarios terapéuticos derivados del padecimiento de EAP y enfermedades del sistema vascular estuvieron influenciados mayormente por aspectos de orden pragmático como son la infraestructura del sistema de atención en salud, la disponibilidad de dinero y la cercanía a los centros médicos.

## 7. Referencias bibliográficas.

- Alcaldía de Jardín- Antioquia. (2015). “Hechos de verdad”. Información general. Disponible en [http://www.eljardin-antioquia.gov.co/informacion\\_general.shtml](http://www.eljardin-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml). [Consultado: marzo 20 de 2015].
- Alcaldía de Jardín- Antioquia. (2015a) “Hechos de verdad”. Indicadores 2009. Disponible en: [http://eljardin-antioquia.gov.co/indicadores\\_anuales.shtml?apc=bexx-1-&x=2992202#poblacion](http://eljardin-antioquia.gov.co/indicadores_anuales.shtml?apc=bexx-1-&x=2992202#poblacion) [Consultado: marzo 20 de 2015].
- Álvarez F., & Álvarez A. (2009). Epidemiología general y clínica (1ª. Edición). Bogotá D.C: Ecoe Ediciones.
- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in Diabetes. *Diabetes Care*, 34 (1), S11-S61.
- Aristizábal J.C. (2002). Informe proceso de estandarización. Medellín: Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia.
- Aronow W.S. & Ahn C. (1994). Prevalence of coexistence of coronary artery disease, peripheral arterial disease, and atherothrombotic brain infarction in men and women of 62 years of age. *American Journal of Cardiology*, 74(1), 64-5.
- Aschengrau A., & Seage G. (2003). *Essentials of Epidemiology in Public Health*. London: Jones y Bartlett Publishers.
- Asociación Colombiana de endocrinología. (2011). Consenso Colombiano de Síndrome Metabólico. Bogotá D.C: ACE.
- Berger J.S., Hochman J., Lobach I., Adelman M.A., Riles T.S., & Rockman C.B. (2013). Modifiable risk factor burden and the prevalence of peripheral artery disease in different vascular territories. *Journal of Vascular Surgery*, 58, 673-81.
- Bhatt D., Steg P., Ohman E., Hirsch A., Ikeda Y., & Mas J. (2006). International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*, 295, 180-9.
- Bloom D.E., Cafiero E.T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L.R., Fathima S., Feigl A.B., Gaziano T., Mowafi M., Pandya A., Prettner K., Rosenberg L., Seligman B., Stein A.Z., & Weinstein C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

- Bonnewitz, P. (1998). *Premières leçons sur la sociologie de P. Bourdieu*. Presse Universitaire de France, Paris.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Bourdieu, P. (1990). In *Other Words: Essays Towards a Reflexive Sociology*. Polity Press, Cambridge.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1996). *Refleksiv Sociologi - mål og midler*. Hans Reitzels Forlag\_ Copenhagen.
- Branko J., Vesna S., Dragan L., Katarina P., Vladan R., & Izet T. (2011). Obesity and fat distribution as predictors of aortoiliac peripheral arterial disease in middle-aged men. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 84-88.
- Caldwell J.C. (2001). Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (2), 159-60.
- Carvajal A., Guzmán J.C., & Díaz A.M. (2012). *Análisis de Situación de Salud “ASIS”. Municipio de Jardín, Antioquia. 2012-2015*. Alcaldía Municipal, Secretaria de Salud y Protección Social: Jardín – Antioquia.
- Cerón A. (2010). Los caminos del enfermo en una comunidad K’iche’ de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *REDES: Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18 (2), 14-46.
- Contreras E.A., García J.S. (2011). Obesidad, síndrome metabólico y su impacto en las enfermedades cardiovasculares. *Revista Biomédica*, 22, 103-15.
- Creager M.A. (2012). Vascular Diseases of the Extremities. En Longo D.L., Fauci A.S., Kasper D.L., Hauser S.L., Jameson J.L., & Loscalzo J. (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18e. Chapter 249. Recuperado de <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2200/content.aspx?aID=9105122>. [12/ 3/ 2013].
- Criqui M.H., Fronek A., Barrett-Connor E., Klauber M R., Gabriel S., & Goodman D. (1985). The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*, 71(3), 510-51.
- Criqui M.H., Langer R.D., Fronek A., Fiegelson H.S., Klauber M.R., McCann T., & Browner Deirdre. (1992). Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *The New England Journal of Medicine*, 326(6) 381-86.

- Criqui M.H., Vargas V., Denenberg J.O., Ho E., Allison M., & Langer R.D. (2005). Ethnicity and peripheral arterial disease: the San Diego Population Study. *Circulation*, 112(17), 2703-7.
- Diehm C., Allenberg J.R., Pittrow D., Mahn M., Tepohl G. Haberl R.L., Darius H., Burghaus I., Math D., & Trampisch H.J. (2009). Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease. *Circulation*. 120; 2053-61.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2012). Indicadores básicos de salud 2012. Recuperado de: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/indicadores> [20-03-2015].
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2012a). Evolución demográfica de las subregiones de Antioquia. En: Análisis de la situación de salud del departamento. Recuperado de: <http://www.dssa.gov.co/minisitio-dssa/index.php/diagnostico-de-la-situacion-salud/evolucion-demografica> [20/08/15]
- Dormandy J., & Murray G. (1991). The fate of the claudicant—a prospective study of 1969 claudicants. *European Journal of Vascular Surgery*, 5(2), 131-3.
- Dormandy J., Belcher G., Broos P., Eikelboom B., Laszlo G., & Konrad P. (1994). Prospective study of 713 below-knee amputations for ischaemia and the effect of a prostacyclin analogue on healing. Hawaii Study Group. *Br. J. Surg*, 81(1), 33-7.
- Eaton S.B., Strassman B.I., Nesse R.M., Neel J.V., Ewald P.W., Williams G.C., Weder A.B., Eaton S.B., Lindeberg S., Konner M.J., Mysterud I., & Cordain L. (2002). Evolutionary Health Promotion. *Preventive Medicine*, 34, 109-18.
- Fabrega, H. (1972). *Medical anthropology*. Biennial Review of Anthropology. Stanford University Press.
- Fletcher R.H., Fletcher S.W., Wagner E.H. (1982). *Clinical Epidemiology: The Essentials*. Williams & Wilkins: Baltimore,.
- Fowkes F.G., Housley E., Cawood E.H., Macintyre C.C., Ruckley C.V., & Prescott R.J. (1991). Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *International Journal of Epidemiology*, 20(2), 384-92.
- Fowkes F.G., Rudan D., Rudan I., Aboyans V., O Denenberg J., McDermott M.M., Norman P.E., Sampson U.K.A., Williams L.J., Mensah G.A., & Criqui M.H. (2013). Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet*, 382: 1329–40.

- Fowkes F.G.R. (2001). Epidemiological research on peripheral vascular disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 863–68.
- García A. (2013). Una lectura de la salud vascular desde la antropología biomédica. Ensayo presentado en coloquio para la Maestría en Antropología [no publicado]. Medellín.
- García R., Martínez S., Hernández N., Muñoz A., Bretón G., Garrido R., Gallo J., Villarreal R., Barrera J.G., García G., Ganem W., & Berrío J. (2009). Guía de Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Arterial Oclusiva Crónica de Las Extremidades Inferiores. Guía de la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular. *Revista Colombiana de Cirugía Vascular*, 1-117.
- Gardner A.W., Sorkin J.D., & Afaq A. (2009). Peripheral Vascular Disease. En Halter J.B., Ouslander J.G., Tinetti M.E., Studenski S., High K.P., & Asthana S. (Eds), *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* 6 ed. (Chapter 80). Recuperado de <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2200/content.aspx?aID=5126227>. [12-03-13]
- Gaziano T.A., Gaziano J (2015). Epidemiology of Cardiovascular Disease. En Kasper D., Fauci A., Hauser S., Longo D., Jameson J., & Loscalzo J (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19e. Recuperado de: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1130&Sectionid=79741576>. [01/25/16].
- Gonzalez J.C., Rodríguez D.E., Marín Y., García M.A., & Murillo R. (2007). Naturaleza de un debate: la regulación del tabaquismo en Colombia. *Preliminares para un cambio social. Universitas*, 114, 123-44.
- Grundy, P. (1973). A rationale approach to the “at risk” concept. *Lancet*, 2, 1498.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Wiley: New York.
- Hernando J.F., & Conejero A.M. (2007). Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Revista Española de Cardiología*, 60(9), 969-82.
- Hirsch A., Criqui M., Treat-Jacobson D., Regensteiner J., Creager M., & Olin J. (2001). Peripheral arterial disease: detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*, 286(11), 1317-24.
- Hirsch A.T., Haskal Z.J., Hertzner N.R., Bakal C.W., Creager M.A., Halperin J.L., Hiratzka L.F., Murphy W.R.C., Olin J.W., Puschett J.B., Rosenfield K.A., Sacks D., Santely J.C., Taylor L.M., White C.J., White J., White R.A. (2005). ACC/AHA 2005 Practice

- Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic). *Circulation*, 113, e463– e654.
- Hooi J.D., Kester A.D.M., Stoffers H.E., Overdijk M.M., van Ree J.W., & Knottnerus J.A. (2001). Incidence of and Risk Factors for Asymptomatic peripheral Arterial Occlusive Disease: A longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 153 (7), 666-72.
- Idrovo A.J., Eslava J.C., Rodríguez M., & Rodríguez J.M. (2008). La otra transición epidemiológica: hitos en el desarrollo de la epidemiología de los factores de riesgo en Colombia. *Biomédica*, 28, p.480-96.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2006). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2005. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Jenicek M., & Cleroux R. (1982). *Epidemiologie: Principles, Techniques, Applications*. Quebec, Edisen.
- Johnson F., & Seta L. (1984). Biomedical Anthropology: An Emerging Synthesis in Anthropology. *Year Book of Physical Anthropology*, 27, 215-27.
- Kannel WB., Skinner JJ., Schwartz MJ., & Shurtleff D. (1970). Intermittent claudication. Incidence in the Framingham Study. *Circulation*, 41(5), 875-83.
- Kardys I., Vliegenthart R., Ouderkerk M., Hofman A., Whittman J. (2007). The female advantage in cardiovascular disease: Do vascular beds contribute equally? *American Journal of epidemiology*, 166 (4), 403-12.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of culture*. University of California Press: Berkeley.
- Kullo IJ., Bailey KR., Kardia SL., Mosley TH Jr., Boerwinkle E., & Turner ST. (2003). Ethnic differences in peripheral arterial disease in the NHLBI Genetic Epidemiology Network of Arteriopathy (GENOA) study. *Vascular Medicine*, 8(4), 237-42.
- Lahoz C., Mostaza J.M. (2007). La aterosclerosis como enfermedad sistémica. *Revista Española de Cardiología*, 60 (2), 184-95.
- Leng G., & Fowkes F., (1992). The Edinburgh claudication questionnaire: an improved version of the WHO/Rose questionnaire for use in epidemiological surveys. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1101-09.
- Martin R., Leventhal H. (2004). Chapter 9: Symptom Perception and Health Care-Seeking Behavior. En: *Handbook Of Clinical Health Psychology: Volume 2. Disorders Of*

- Behaviour and Health, Ed.J. M. Raczynski and L. C. Leviton. American Psychological Association.
- Martínez Hernández, A. (2008). Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Anthropos Editorial: Barcelona. España.
- McDermott M.M., Criqui M.H., Greenland P., Guralnik J.M., Liu K., & Pearce W.H. (2004). Leg strength in peripheral arterial disease: associations with disease severity and lower-extremity performance. *Journal of Vascular Surgery*, 39(3), 523-30.
- McElroy, A., Levinson, D., & Ember, M. (1996). Medical Anthropology. *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. New York: Henry Holt.
- McGorrian C., Anand S. (2012). Peripheral Arterial Disease. En Matloff J., Dressler D.D., Brotman D.J., & Ginsberg J.S. (Eds), *Principles and Practice of Hospital Medicine*. Chapter 263. Recuperado de: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2200/content.aspx?aID=56216833> [3/12/13]
- Menéndez E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.
- Menéndez E.L. (1982). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos Medico Sociales*, 21, 1-13.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.
- Ministerio de la Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional de Colombia: Bogotá..
- Ministerio de la Protección Social., Facultad Nacional de Salud Pública., & Universidad de Antioquia. (2010). Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Tomo III morbilidad y mortalidad en la población Colombiana. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. Pp. 1-307.
- Ministerio de la Protección Social., Instituto Colombiano de Bienestar Familiar., Instituto Nacional de Salud., & Profamilia. (2011). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010-ENSIN. Da Vinci editores; Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. (1999). III Estudio Nacional De Salud Bucal y II Estudio de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas. Bogotá D.C

- Moreno-Altamirano L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49 (1), p.63-70.
- Murabito J.M., Evans J.C., Nieto K., Larson M.G., Levy D., & Wilson P. (2002). Prevalence and clinical correlates of peripheral arterial disease in the Framingham Offspring Study. *American Heart Journal*, 143, 961-5.
- Naomar de Almeida, F. (1992). *Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. OPS: Washington D.C.
- National Cholesterol Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. (2002). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III); publication No. 02-5215. Pp. II 5, II 7, II 27.
- Neel JV. (1962). Diabetes mellitus: a 'thrifty' genotype rendered detrimental by 'progress'. *American Journal of Human Genetics*, 14, 353-62.
- Norgren L., Hiatt W.R., Dormandy J.A., Nehler M.R., Harris K.A., & Fowkes F.G.R. (2007). Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*, 45 (1). Supplement, S5A-S67A.
- Norton K., Whittingham N., Carter L., Kerr D., Gore C., & Marfell-Jones M. (2000). Técnicas de medición en antropometría. En: Norton K & Olds T, (Ed.), *Antropométrica*. Edición en español (pp.23-60). Rosario (Argentina): Biosystem Servicio Educativo.
- Omran A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-38.
- Organización Mundial de la Salud (2014a). Banco de datos del Observatorio Global de Salud. Mortalidad por enfermedades no transmisibles. Datos por países. Recuperado de: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A860?lang=en> [15/12/15].
- Organización Mundial de la Salud (2014b). Banco de datos del Observatorio Global de Salud. Mortalidad por enfermedades no transmisibles por debajo de los 70 años de edad. Datos por países. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A862?lang=en>. [15/12/15]
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> [26/12/2015].

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> [26/12/2015].
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Cardiovascular diseases (CVDs). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> [15/12/2015].
- Organización Mundial de la Salud., Comité de Expertos. (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Vol. 258. Ginebra: OMS, serie de informes técnicos, 854.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Causas prematura de mortalidad debido a enfermedades no transmisibles. Recuperado de [http://www.paho.org/hipertension/?page\\_id=209&lang=en](http://www.paho.org/hipertension/?page_id=209&lang=en) [15/12/15].
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington D.C: OPS.
- Profamilia., Ministerio de la Protección Social., & Bienestar Familiar. (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Recuperado de [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=30](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=30) [07/08/15].
- Rodríguez J., Ruiz F., Peñaloza E., Eslava J., Gómez L.C., Sánchez H., Amaya J.L., Arenas R., & Botiva Y. (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá: JAVEGRAF.
- Rosique J., Jaramillo D., Rebato E., Moreno A., & Villada B. (2005). Dimensiones del cuerpo humano. Procedimientos de medida y análisis de datos en antropometría (sin publicar). Universidad de Antioquia: Medellín.
- Rothwell P.M., Eliasziw M., Gutnikov S.A., Warlow C.P., & Barnett H.J. (2004). Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet*, 363(9413), 915-24.
- Safer, M., Tharps, D., Jackson, T., Leventhal, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care*, 17, p.11-29.
- Samuelsen, H. (2004). Therapeutic itineraries: the medical field in Burkina Faso. *Anthropology & Medicine*, 11 (1), 27-41.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Selvin E., & Erlinger T.P. (2004). Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. *Circulation*, 110(6), 738-43.
- Stagnaro, J.C. (2002). Biomedicina o Medicina antropológica. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*, 13, 19-26.
- Tabares R.E., Rosique J., & Delgado M.E. (2012). Tendencias de la bioantropología y un estudio de caso: su desarrollo académico en la Universidad del Cauca. *Revista Colombiana de Antropología*, 48(1), 259-78.
- van Lenten B.J., Hama S.Y., de Beer F.C., Stafforini D.M., McIntyre T.M., Prescott S.M., La Du B.N., Fogelman A.M., & Navab M. (1995). Anti-inflammatory HDL becomes pro-inflammatory during the acute phase response: loss of protective effect of HDL against LDL oxidation in aortic wall cell cocultures. *Journal of Clinical Investigation*, 96, 2758-67.
- Vinaccia A.S., & Quiceno J.M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6 (1), 123-36.
- Widmer L., & Biland L. (1985). Risk profile and occlusive peripheral arterial disease. *Proceedings of 13th International Congress of Angiology*, 28.