

ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE LAS CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DEL
PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES
VASCULARES PERIFÉRICAS EN ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE JARDÍN,
ANTIOQUIA.

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ANTROPÓLOGA

ANDREA PAOLA SOLAR RUÍZ

ASESOR:
ANDRÉS FELIPE GARCÍA PINEDA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
MEDELLÍN
2020

Dedicatoria

*A las reminiscencias que deja en mí la enfermedad.
Gracias por llegar justo a tiempo
y permitirme cambiar.*

*A la memoria eterna de Joselito y Lacides.
Aunque no lo supieron
su partida me recordó que vale la pena
buscar ese lugar donde queremos estar,
sin importar el miedo o la dificultad.
¡Gracias!*

Y

*Al horizonte de mis sobrinas: Valeria y Emma.
Confío plenamente en que sus hermosos ojos canela
llegarán a observar más que yo.*

Agradecimientos

A mi familia por ser la expresión perfecta de mi libre interpretación de las palabras que muchos atribuyen a Newton y, que yo veo en ustedes: “*Si he llegado a ver más lejos que otros, fue porque me subí sobre hombros de gigantes*”. Cuando lo necesité me permitieron buscar en sus hombros el apoyo suficiente para seguir mirando adelante. Gracias Gloria, Hernando, Karen, Katia, Valeria y Emma. Por ustedes es posible el cierre de este ciclo tan hermoso como doloroso (ya saben a qué me refiero). **A mi asesor**, Andrés Felipe García Pineda, creo que ahora podrás saber con seguridad que te agradezco inmensamente que me recibieras cuando la vida me demostró que puedo ser vulnerable; dio “*vuelta a la rueda*” y decidí “*girar*” con ella a otro horizonte más humano, que me acercara a entender el sentido de nuestra existencia y lo que en ella hacemos, que al final, es lo que somos. A ti como a mi familia, les quiero reconocer esa maravillosa y apropiada capacidad que han tenido para ayudarme a “*equilibrar la brújula*”, “*centrar el norte*”, “*definir el rumbo*”, “*trazar el mapa*”, “*mantenerme a flote*”, “*aguantar la tormenta*” y finalmente, “*llegar a puerto*”. Por navegar conmigo, gracias. Les prometo seguir en mi velero.

A César Pallares por haberse convertido en mi “*muro de lamentaciones*”, “*pañuelo de lágrimas*”, “*acompañante en urgencias*”, por ser “*el Watson de mi Holmes*” y por permitirme a tu lado ser la “*padawan*” del mejor “*maestro Jedi*”. **A mis amigas: Alejandra, Valeria, Manuela y María Alejandra**; por aguantar el drama mi más sincero reconocimiento. **A Patri**, cada vez que me dijiste “*tesa*” me ayudaste a seguir intentado.

A mis guías de campo: Vicky y Diana por sostener mi mano y darme el ánimo suficiente para seguir caminando. Cada vez que impidieron que resbalara en la montaña agreste por la lluvia, en realidad, me llenaron de convicción para avanzar. Grandes mujeres. **A los y las participantes de este proyecto**, gracias por permitirme entrar en sus casas, conocerlos un poco y compartir con ustedes algo que nos unirá por siempre: sus historias de vida y la mía; por hablarme y también por escucharme, gracias. Sin ustedes, las hojas que en adelante siguen no tendrían sentido. **A José Andrés Hurtado Aristizábal**, gerente del hospital Gabriel Peláez Montoya y **José Fernando García Vélez**, Secretario de Salud y Protección Social de Jardín, gracias por ser la antesala y el cierre, respectivamente, para este proyecto; les agradezco enormemente sus sinceras indicaciones y respuestas.

A ti mi amor, porque supiste entender que este asunto fue para mí el equivalente a ir perdiendo el partido en la final de ida y luego en los últimos minutos de la final de vuelta, reponerme y terminar ganando. Sí, así como «*El Poderoso*» en Copa Colombia. Gracias por darme el espacio y el tiempo suficiente, sin dejar de estar ahí, presente, para siempre. A ti, nunca podré devolverte tanto amor. **A Verano**, porque en su silencio fue la mejor de las compañías.

Por último, vuelvo propias las palabras de un gigante que animó las noches y madrugadas de escritura: “*No solo no hubiera sido nada sin ustedes, sino con toda la gente que estuvo a mi alrededor desde el comienzo. Algunos siguen hasta hoy... Gracias totales*”.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 8 |
| Abstract..... | 10 |
| Introducción..... | 12 |
| CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA | 18 |
| 1. Las enfermedades no transmisibles (ENT) y las enfermedades vasculares periféricas (EVP). Una tipología amplia de problemas de salud | 18 |
| 1.1. Definición, prevalencia y fisiopatogenia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y de los desórdenes venosos crónicos (DVC)..... | 20 |
| 2. Colombia en el panorama de las enfermedades crónicas no transmisibles y del sistema circulatorio..... | 22 |
| 2.1. Situación de salud de las enfermedades crónicas no transmisibles y del sistema circulatorio en Antioquia | 25 |
| 2.1.1. Las enfermedades del sistema circulatorio en el municipio de Jardín, Antioquia | 26 |
| 2.1.2. Delimitando el problema. La necesidad de una perspectiva comprensiva en el estudio de la enfermedad vascular periférica..... | 28 |
| 3. Objetivos de la investigación | 34 |
| 3.1. Objetivo general..... | 34 |
| 3.2. Objetivos específicos | 34 |
| 4. Hipótesis | 34 |
| CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN | 35 |
| 5. Conceptos debates de la epidemiología. En búsqueda de las causas de la enfermedad..... | 35 |
| 5.1. Magia, plagas, dioses y salud. Lo previo a los miasmas..... | 36 |
| 5.2. Teoría miasmática de la enfermedad y teoría del contagio..... | 37 |
| 5.3. Causas únicas, efectos únicos | 38 |
| 6. La crítica social en salud pública. De la epidemiología a la antropología | 41 |
| 6.1. La epidemiología social y la epidemiología crítica..... | 43 |
| 6.2. Determinantes sociales vs determinación social | 44 |
| 7. El proceso de salud/enfermedad/atención como espacio antropológico | 48 |
| 7.1. La Antropología como ciencia síntesis | 49 |
| 7.2. La etnografía en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención | 51 |
| CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN | 52 |
| 8. Tipo de investigación..... | 52 |
| 9. Método de investigación..... | 52 |
| 10. Población..... | 53 |
| 10.1. Muestra | 57 |
| 10.1.1. Criterios de inclusión | 57 |
| 10.1.2. Criterios de exclusión..... | 58 |
| 11. Técnicas e instrumentos de recolección de la información en campo | 61 |
| 11.1. Postura teórico-metodológica | 61 |
| 11.1.1. Dimensión 1: Singular | 63 |
| 11.1.2. Dimensión 2: Intermedia..... | 65 |
| 11.1.3. Dimensión 3: Estructural | 66 |
| 12. Recolección de información..... | 69 |
| 12.1. Entrevista semiestructurada | 69 |
| 12.2. Cartografía social | 71 |
| 13. Procesamiento de los datos y técnicas de análisis..... | 73 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS | 75 |
| 14. Descripción de los resultados..... | 75 |

| | | |
|---|--|-----|
| 14.1. | Dimensión I: Singular | 75 |
| 14.1.1. | El sujeto habla de sí y de su enfermedad. Enunciación subjetiva del origen, síntomas y desarrollo de la enfermedad vascular periférica (EVP) | 75 |
| 14.1.2. | Percepciones sobre los estados de salud | 80 |
| 14.1.3. | Modos de vida en la praxis del autocuidado | 85 |
| 14.1.4. | Comorbilidades y estresores psicosociales | 86 |
| 14.2. | Dimensión II: Intermedia | 88 |
| 14.2.1. | Itinerarios terapéuticos en la búsqueda de la salud | 88 |
| 14.2.2. | De lo individual a lo social | 93 |
| 14.2.3. | Quién apoya al que cuida | 95 |
| 14.3. | Dimensión III: Estructural | 97 |
| 14.3.1. | Calidad del sistema de salud relacionada con el cuidado de las EVP. El sujeto, los profesionales y las entidades | 97 |
| 14.3.2. | Género y autocuidado | 107 |
| 14.3.3. | Identidad, creencias religiosas y salud | 108 |
| 14.3.4. | Representaciones, relacionamientos socioespaciales y dolencias | 109 |
| 14.3.5. | Medios de comunicación, redes y salud | 111 |
| CAPITULO V: DISCUSIÓN | | 113 |
| 15. | Las nociones sobre la enfermedad: contraste de narrativas entre profesionales de la salud y pacientes | 114 |
| 16. | La búsqueda de la salud: un laberinto enmarañado | 122 |
| 17. | Un proceso biosocial total. Condiciones estructurales que inciden en el proceso salud/enfermedad/atención | 128 |
| 18. | Conclusiones | 135 |
| 19. | Recomendaciones | 140 |
| Bibliografía | | 141 |
| Anexo 1. Consentimiento informado | | 161 |
| Anexo 2. Listado de preguntas para entrevista con personas de la zona rural | | 163 |
| Anexo 3. Listado de preguntas para profesionales del área de la salud | | 166 |
| Anexo 4. Taller de cartografía social | | 168 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Comportamiento del índice demográfico en Colombia, 2005 – 2019 – 2020 | 23 |
| Tabla 2. Comparación de la demografía de la población de Jardín por grupos etarios para los años 2005, 2018 y proyección a 2020 | 27 |
| Tabla 3. Apuntes sobre diferencias entre Determinantes vs Determinación..... | 47 |
| Tabla 4. Listado de veredas del municipio de Jardín | 56 |
| Tabla 5. Conteo de pacientes entrevistados con insuficiencia venosa crónica (IVC), venas varicosas (V.V.), índice tobillo-brazo menor a 0.9 ($ITB \leq 0,9$) y telangiectasias (TLG)..... | 59 |
| Tabla 6. Conteo de profesionales del área de la salud a nivel municipal entrevistados..... | 59 |

INDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1. Mortalidad según grandes grupos de causas. Subregión de Suroeste, Antioquia, 2005 – 2016 | 26 |
| Ilustración 2. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner | 41 |
| Ilustración 3. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS | 46 |
| Ilustración 4. Panorámica del Municipio de Jardín, tomada desde la Vereda La Herrera | 54 |
| Ilustración 5. Relieve del municipio de Jardín y algunas veredas | 55 |
| Ilustración 6. Muestra total del presente estudio | 58 |
| Ilustración 7. Distribución de la muestra por sexo | 60 |
| Ilustración 8. Distribución de pacientes con EVP por rango de edad. | 60 |
| Ilustración 9. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico. | 61 |
| Ilustración 10. Modificación al modelo de determinantes sociales del proceso salud/enfermedad ... | 67 |
| Ilustración 11. Hospital Gabriel Peláez Montoya | 70 |
| Ilustración 12. Tienda Naturista del municipio de Jardín | 71 |
| Ilustración 13 - Resumen procesamiento de los datos y análisis | 74 |
| Ilustración 14 - Cartografía corporal del dolor | 84 |
| Ilustración 15. Actividades de siembra y secado al sol del café en zona rural de Jardín | 110 |
| Ilustración 17. Ruta de la enfermedad vascular periférica | 137 |

Resumen

En Colombia se cuenta con pocos datos sobre las concepciones de salud, las rutas de atención, los itinerarios terapéuticos o las afectaciones a la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades vasculares periféricas (EVP) y, en general, enfermedades no transmisibles (ENT). Asimismo, son menos los estudios que se proponen analizar los contextos de desigualdad que definen una brecha cultural, histórica, económica, social y política que influye en la salud de las zonas rurales. Lo dicho permite suponer no solo perfiles epidemiológicos diferenciados, sino también la existencia de una diversidad de ideas, experiencias y habilidades que desarrollan y ponen en práctica los pacientes a la hora de atender las dolencias que les aquejan.

Partiendo de ahí, el objetivo principal de esta investigación se centró en indagar por los factores socioculturales que configuran los sistemas de creencias y prácticas alrededor de los procesos de salud, enfermedad y atención de personas diagnosticadas con EVP en zona rural de Jardín, Antioquia. La postura teórico-metodológica abordada partió de una adaptación al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), mediante la incorporación de enfoques y categorías provenientes de las Ciencias Sociales, específicamente de la antropología. La revisión bibliográfica permitió organizar en 3 dimensiones (singular, intermedia y estructural) las preguntas que se definieron a partir de temas problemáticos identificados tanto en estudios previos para la zona, como en la bibliografía sobre el tema. El método etnográfico y las técnicas implementadas en campo contribuyeron a la consolidación de la perspectiva de los pacientes; con ese fin se realizaron 47 entrevistas semiestructuradas, 12 mapas corporales del dolor y 1 cartografía de la salud, que fueron sistematizadas y analizadas siguiendo la propuesta de Huberman y Miles (1994).

Los resultados permitieron conocer, en la dimensión singular, que la salud y la enfermedad son conceptos que se construyen a partir de la subjetividad y la experiencia vivida; además, se hizo evidente la concomitancia de enfermedades crónicas y, en particular, de trastornos psicoafectivos que operaban como patologías agregadas en la causa o consecuencia de las EVP; no obstante, la alta autoestima y las respuestas resilientes a la adversidad emergieron

como factores de protección para el enfermo. En la dimensión intermedia se revelaron itinerarios terapéuticos de carácter híbrido al combinarse la búsqueda de formas de atención alopática y homeopática; los relatos etnográficos muestran que en el paciente crónico se transforman su manera de ser y de vivir, sobreviniendo cambios que erosionan la imagen de sí mismo y modifican su dinámica social al separarse de familiares y amigos; también fue relevante el papel que juegan los cuidadores y las redes de apoyo en la recuperación de los pacientes. En la dimensión estructural, se observó que los hombres eran más reticentes y las mujeres más propensas a asumir acciones de autocuidado y atención temprana a la enfermedad. Las creencias religiosas operaron como factor de protección por la vía de la fe y la convicción en la sanación; pero, igualmente, explican parte del problema de la baja adherencia a los tratamientos. Por último, se ratifican las brechas de desigualdad en el acceso a la salud entre la zonas rurales y urbanas debido a las distancias geográficas, al menosprecio de la identidad campesina, las desigualdades socioeconómicas, y la lógica rentista del sistema de salud que golpea con más fuerza a los sectores más desfavorecidos.

Del estudio se pudo concluir que la salud es entendida por pacientes y salubristas como un proceso integral, y, por ende, se requiere la generación de un tipo de atención holística que derive de políticas públicas que reconozcan particularidades culturales, sociales, económicas y territoriales de los entornos rurales. También, se coligió que desde el modelo de DSS es posible potenciar el estudio interdisciplinar sobre el comportamiento de factores socioculturales asociados a las EVP.

Palabras clave: enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedad vascular periférica, salud vascular, determinantes sociales de la salud, etnografía y salud, antropología médica.

Abstract

Colombia has not enough available data about health conceptions, the care routes, the therapeutically itineraries or the impacts on life quality for the people that suffers from peripheral vascular disease (PVD) and, in general, chronic non-communicable diseases (NCBI). Moreover, there are even fewer studies to analyses the contexts of inequality that define a cultural, historical, economic, social and political gap that influences the health of rural areas. This suggests not only differentiated epidemiological profiles, but also the existence of a diversity of ideas, experiences and skills that patients develop and put into practice when it comes to dealing with the ailments that afflict them.

From there, the main objective of this research was to investigate the socio-cultural factors that configure the belief systems and practices around the health, disease and care processes of people diagnosed with PVD in the rural area of Jardín, Antioquia. The theoretical-methodological approach was based on an adaptation to the model of the Social Determinants of Health (SDH), through the incorporation of approaches and categories from the Social Sciences, specifically from anthropology. The bibliographical review allowed to organize in 3 dimensions (singular, intermediate and structural) the questions that were defined from problematic subjects identified in previous studies for the area, as well as in the bibliography on the subject. The ethnographic method and the techniques implemented in the field contributed to the consolidation of the patient's perspective; to that end, 47 semi-structured interviews, 12 body maps of pain and 1 health mapping were carried out, which were systematized and analyzed following the proposal of Huberman and Miles (1994).

The results allowed us to know, in the singular dimension, that health and disease are concepts that are built from subjectivity and lived experience; furthermore, the concomitance of chronic diseases and, in particular, of psycho-affective disorders that operated as aggregate pathologies in the cause or consequence of PVD became evident; however, high self-esteem and resilient responses to adversity emerged as protective factors for the patient. In the intermediate dimension, therapeutic routes of a hybrid nature were revealed by combining the search for forms of allopathic and homeopathic care; ethnographic accounts show that in

the chronic patient their way of being and living is transformed, with changes occurring that erode their self-image and modify their social dynamics when they separate from family and friends; the role played by caregivers and support networks in the recovery of patients was also relevant. In the structural dimension, it was observed that men were more reticent and women more likely to assume self-care actions and early attention to the disease. Religious beliefs operated as a protective factor by way of faith and belief in healing; but, equally, they explain part of the problem of low adherence to treatments. Finally, the gaps in access to health between rural and urban areas due to geographical distances, disregard for rural identity, socioeconomic inequalities, and the rentier logic of the health system that hits the most disadvantaged sectors hardest are ratified.

The study concluded that health is understood by patients and health professionals as an integral process, and therefore requires the generation of a type of holistic care that derives from public policies that recognize cultural, social, economic and territorial particularities of rural environments. Also, it was suggested that from the SDH model it is possible to promote the interdisciplinary study on the behavior of socio-cultural factors associated to PVD.

Key words: chronic non-communicable diseases, peripheral vascular disease, vascular health, social determinants of health, ethnography and health, medical anthropology.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) se constituyen como la principal causa de muerte a nivel mundial (OPS, 2019). Dentro de este conjunto de patologías aquellas con una mayor tasa de decesos son las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2018). Para el primer caso, en el año 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que más del 85% de los decesos por ENT ocurren en países con ingresos bajos o medios/bajos afectando de forma especial a los más pobres o menos favorecidos. Específicamente, para el caso de las enfermedades vasculares se conoce que entre 2005 y 2010 fueron la principal causa de muerte en la gran mayoría de países de América Latina y el Caribe; ahora bien, el 30% de las muertes prematuras por enfermedad cardiovascular ocurrieron en el quintil más pobre de la población, y sólo el 13% se registraron en el quintil más rico (OMS, 2018a, 2018b, 2017; OPS, 2013).

Como consecuencia de lo anterior, se afirma que el aumento de las enfermedades no transmisibles, en general, interfiere con los ideales de reducción de la pobreza que se proponen los gobiernos de países con brechas de inequidades contundentes, puesto que los gastos para atender este tipo de enfermedades crean detrimentos en la economía, tanto para los sistemas de salud que hoy por hoy no cuentan con las capacidades necesarias para hacer frente a la problemática (Bloom et al., 2011), así como por el hecho de que estas patologías son responsables de una elevada carga social en términos económicos por años de vida perdidos por discapacidad (de la Torre et al., 2017; Robledo & Díaz, 2010).

De este modo, es posible indicar que, en general, las ENT inciden en la conformación económica y social de diferentes países; por tal motivo, se les ha llegado a incluir en los listados de enfermedades de alto costo y se han realizado estudios sobre afectación a la calidad de vida de las personas que las padecen, en términos que no solo vinculan procesos sanitarios sino perfiles epidemiológicos asociados a las condiciones socioeconómicas de las distintas poblaciones (OMS, 2018a). Concretamente, las enfermedades vasculares periféricas (EVP), que hacen parte según el CIE-10 del conglomerado de las enfermedades del sistema circulatorio (Gómez, 2015), cuentan con pocos estudios que indaguen por los impactos que producen en la calidad de vida de los pacientes (de la Torre et al., 2017; Gallardo Pérez et al.,

2008). Esto resulta problemático ya que “*la elevada prevalencia de enfermedades crónicas ha creado un nuevo fenómeno, el crecimiento del número de personas que viven con múltiples enfermedades [...]*” (Simonet & Santesmases, 2011, p. 295). Entonces, la coexistencia de patologías complica la resolución del cuadro de salud por lo que el bienestar de las personas cambia, convirtiendo a la enfermedad en un reto que impacta no sólo a nivel corporal, sino también en lo personal, en lo social y lo económico. Entonces, el no reconocimiento de estas situaciones derivadas del estado de salud de una persona, genera que los enfermos crónicos se vean más afectados y los problemas que les aquejan sean poco caracterizados (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007; Contel & Martínez, 2011; Ledón, 2011; Serra et al., 2018; Simonet & Santesmases, 2011; Vivaldi & Barra, 2012) .

En ese orden de ideas, la salud y la enfermedad devienen como un proceso biosocial total (Masana, 2013) sobre el que se aborda una condición comprensiva que permite identificar la influencia de los factores que inciden de manera directa o indirecta en su curso y resultado (Fernández et al., 2017), por lo que el conocimiento de las problemáticas de salud deberá “*[...] iniciar desde el propio individuo, debido a su construcción social e histórica [...]*” (Castro Jiménez et al., 2017, p. 149). Entonces, pensar la enfermedad y la salud en estos términos implica establecer un continuum multidimensional entre la salud y las actividades del ser humano, las políticas de salud, el ordenamiento social y las creencias culturales (Ledón, 2011), lo cual, históricamente, no es habitual dado el enfoque tradicional que se le ha dado al estudio de las causas de las enfermedades que viene derivado del modelo biomédico, el cual “*[...] continúa poniendo todo su énfasis en el conocimiento de las enfermedades y dedica espacios mínimos al conocimiento de los enfermos*” (Allue, 2000, p. 65).

Ahora bien, implementar un enfoque relacional que busque incluir el grupo de actores sociales que viven, experimentan y actúan alrededor de la enfermedad y la salud (Menéndez, 2008, p. 7) posibilitará concretar la confluencia entre las Ciencias de la Salud con las Ciencias Sociales y Humanas (Díaz, Aguilar & Linares, 2015) y, en especial, el vínculo entre la epidemiología contemporánea con la bioantropología y la antropología médica en la comprensión del trinomio salud/enfermedad/atención, en función de una mirada analítica

integral e interdisciplinaria de los fenómenos de salud, puesto que “[...] *las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias*” (Langdon & Wiik, 2010, p. 465), lo que justifica la implementación de métodos y corrientes teóricas que acerquen la interpretación de los estados de salud a los fenómenos sociales, políticos, económicos y culturales que suceden a la par de que los sujetos enferman, influyendo en esos estados de salud, y que son favorablemente comprensibles a partir de los relatos y perspectivas de los pacientes y los salubristas.

En el municipio de Jardín, lugar donde se realizó el presente estudio, existe un patrón de envejecimiento poblacional en el que los nacimientos presentan una tendencia hacia la reducción y los grupos etarios asociados a la adultez y la vejez van en aumento (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019). Del mismo modo, en Jardín coexisten personas de filiación étnica y cultural diversa (campesinos, indígenas y mestizos) que, como base hipotética de la presente investigación, poseen maneras diferentes de comprender la salud y la enfermedad, y perfiles epidemiológicos específicos acordes a factores sociales y económicos (Rodríguez & Benavides, 2016). Por lo que, en un contexto tan determinado resultó pertinente revisar los significados y prácticas de los individuos (Díaz Bernal et al., 2015) y las condiciones contextuales que influyen en el trámite y manejo de la enfermedad (Otálvaro Castro et al., 2017).

En este sentido, se propuso indagar mediante el método etnográfico por los factores socioculturales que configuran los sistemas de creencias y prácticas alrededor de los procesos de salud/enfermedad/atención, de personas diagnosticadas con enfermedad vascular periférica en zona rural de Jardín, Antioquia. Desde el constructo teórico-metodológico se planteó describir desde la perspectiva de los enfermos crónicos y los salubristas, las afectaciones a la calidad de vida de los pacientes de zonas rurales, los valores subjetivos que le asignan a la salud y a la enfermedad, los influjos derivados de su interacción con la esfera social cercana, o con niveles estructurales más amplios a la hora de tramitar sus dolencias, y las acciones que se ponen en práctica para hacer frente a las EVP.

Encontrarse frente a esta problemática de salud en una zona rural, de entrada permitía suponer dinámicas sociales, culturales, territoriales y espaciales diferentes (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011), varias podrían ser las razones de ello; baste con empezar indicando que en Colombia son escasos los estudios sobre los estados de salud y los sistemas sanitarios adecuados para comunidades rurales (Rodríguez & Benavides, 2016). Asimismo, se cuenta con poca información disponible sobre cómo abordar a la población rural dadas sus marcadas diferencias socioculturales con respecto a la población urbana (Rodríguez & Benavides, 2016) y lo que ello suscita.

Estas situaciones relacionadas con la percepción de la realidad y de las necesidades en salud de la población que vive en zonas rurales, ponen en evidencia la existencia de brechas poblacionales que terminan por influir en la calidad de vida de los enfermos (Breilh, 2010; Rodríguez & Benavides, 2016). De ahí que la preocupación por las disparidades rurales y urbanas resulten justificadas, puesto que los procesos sociohistóricos y políticos han determinado las condiciones que viven los campesinos (Breilh, 2010; Rodríguez & Benavides, 2016), donde es patente un aseguramiento en salud más deficiente, en parte “[...] porque el modelo de salud asociado al ingreso de las personas puede no responder de forma asertiva a los perfiles de enfermedad de estas poblaciones” (Rodríguez & Benavides, 2016, p. 361).

Existen estudios en la zona del Río San Juan en el suroeste de Antioquia que analizan las desigualdades en salud por medio de la caracterización de la estrategia APS (Otálvaro Castro & Ospina Galeano, 2017) y que provienen de las áreas afines a la Salud Pública. No obstante, la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (Solar & Irwin, 2007) brinda la posibilidad de analizar la situación de salud de las poblaciones no sólo desde factores biológicos, sino también a partir de tres grandes dimensiones (singular, intermedia y estructural) que vinculan lo social, económico, político, cultural y territorial, permitiendo ampliar la mirada analítica y metodológica a través de integrar el enfoque antropológico. Una investigación con estas características permite rescatar la impronta social y política de las enfermedades según la historia y experiencia de vida de las personas frente a la

circunscripción de las mismas en estructuras sociopolíticas que las permean y condicionan (Abadía-Barrero & Oviedo-Manrique, 2008).

En síntesis, lo que el presente estudio se propuso fue comprender mejor la realidad vivida por las personas que padecen EVP, puesto que, la salud humana y en concreto los procesos personales o individuales, tanto como los sociales, grupales y colectivos son una realidad susceptible de ser estudiada bajo una mirada antropológica, donde prima la experiencia relatada por parte de los actores, para así llegar a la interpretación de códigos culturales involucrados en el manejo de la salud y la enfermedad (Díaz Bernal et al., 2015, pp. 657-658).

A grandes rasgos, la monografía que aquí se presenta está compuesta por 5 capítulos.

En el primero se presenta la contextualización de la problemática y las cifras relacionadas con enfermedades no transmisibles en Colombia y Antioquia a manera de análisis de la situación de salud; igualmente, se aborda la complejidad a distintos niveles de las enfermedades del sistema circulatorio, se definen los factores de riesgo asociados a las patologías, y la dificultad que existe de fondo para la caracterización y la tipificación de la enfermedad vascular. A través de este marco contextual se delimita el problema de investigación, sus alcances y objetivos.

En el segundo capítulo se condensa un recorrido por las transformaciones teóricas y epistemológicas que la epidemiología y, en general, las Ciencias de la Salud han atravesado en momentos históricos específicos y que, a la sazón, plantearon la necesidad de vincular enfoques de las Ciencias Sociales. Para el caso, se revisa la importancia concreta de la bioantropología, la antropología médica y la etnografía en el aporte a la comprensión del fenómeno de estudio.

En el tercer capítulo encontramos el respaldo metodológico de la investigación, la caracterización de la población, la definición de la muestra, las técnicas implementadas, el proceso de recolección de datos y la ruta para el análisis de la información. Las herramientas

conceptuales que se tomaron como punto de partida para nutrir las dimensiones propuestas por los DSS provinieron de corrientes teóricas de la epidemiología social, la epidemiología crítica, la antropología y los estudios socioespaciales. En campo surgió una última categoría relativa a la salud pública: el cuidado al cuidador. Este proceso de análisis dejó como resultado un mapa de categorías relativas a una síntesis entre antropología y epidemiología.

En el cuarto capítulo, se presenta la descripción de resultados por dimensión, las categorías de análisis y los testimonios de distintos actores que permiten ir hilando un relato sobre las concepciones que giran en torno al proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, se pudo evidenciar los determinantes socioculturales que inciden en la etiología y el trámite de la enfermedad.

En el quinto capítulo, se discuten los principales hallazgos a la luz de diversos planteamientos que permiten comprender teóricamente la construcción de concepciones y prácticas en torno a la salud y la enfermedad. Finalmente, se presentan las conclusiones que se elaboraron a partir del análisis a los datos obtenidos en campo, y las recomendaciones para futuras investigaciones o para la implementación de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el municipio.

Es importante resaltar, que el presente estudio se ha realizado como parte del proyecto de investigación titulado “Factores de riesgo y prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y de los desórdenes venosos crónicos (DVC) en población rural del municipio de Jardín (Antioquia)”, adscrito al grupo de investigación Medio Ambiente y Sociedad (MASO) de la Universidad de Antioquia.

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

1. Las enfermedades no transmisibles (ENT) y las enfermedades vasculares periféricas (EVP). Una tipología amplia de problemas de salud

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) hacen referencia a un conjunto de procesos patológicos que no tienen como causa principal una infección aguda; suelen agruparse dentro de esta condición patologías como: la hipertensión arterial sistémica, la diabetes, las hiperlipidemias, el sobrepeso y la obesidad, el cáncer, la enfermedad respiratoria crónica, las discapacidades visuales y auditivas (Ardila, 2018) y las enfermedades vasculares (Serra et al., 2018). Son el resultado de la combinación de distintos factores, entre ellos: genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales (OMS, 2018a); poseen un origen que se favorece por factores de riesgo subyacentes y comportamentales, como los hábitos de vida poco saludables basados en una mala alimentación con exceso de sal/sodio, el consumo nocivo de alcohol y tabaco y en el sedentarismo (Robledo & Escobar Díaz, 2010, p. 2). En esa misma línea, se encuentra el desarrollo de factores de riesgo metabólicos como la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia (OPS, 2013).

Constituyen a nivel mundial la primera causa de muerte y discapacidad (OPS, 2019) cobrando la vida de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% en los registros de decesos anuales. De esas muertes 15 millones ocurren en individuos de entre 30 y 70 años, y pueden considerarse prematuras ya que restan los años posibles de vida de la población (OMS, 2017).

Las razones que convierten a las enfermedades crónicas no transmisibles en una problemática compleja de salud pública con impactos significativos a nivel mundial se relacionan con la generación de importantes consecuencias en términos de salud y calidad de vida para quienes conviven con ellas (de la Torre et al., 2017; Robledo & Escobar Díaz, 2010); ya que, se comportan como afecciones, generalmente, de larga duración con una progresión lenta (OPS, 2019) que en ocasiones excepcionales alcanzan una curación total (Ardila, 2018). Asimismo, son consideradas actualmente como uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de

salud en el mundo por el alto número de personas afectadas, la elevada tasa de incidencia en los indicadores de mortalidad general, la alta relación con los años de vida perdidos por discapacidad y los altos costos que demandan para su atención y tratamiento (Serra et al., 2018).

Las ENT que más vidas cobran en el mundo son las enfermedades cardiovasculares, de las cuales se contabilizan 17,9 millones de decesos por año (2017). De ahí, es posible indicar que buena parte de la carga de la enfermedad crónica y de los índices de mortalidad asociados se atribuye a padecimientos, concretamente, cardio-cerebro-vasculares; entre los de mayor incidencia se tienen: infarto agudo de miocardio, trombosis venosa profunda, enfermedad arterial periférica, enfermedad reumática del corazón, enfermedades congénitas del corazón y los accidentes cerebrovasculares (OMS, 2018a).

Las dolencias cardio-cerebro-vasculares se pueden incluir dentro de lo que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud ha denominado como *enfermedades del sistema circulatorio*, y que abarcan una amplia categorización: fiebre reumática aguda, enfermedades reumáticas crónicas cardíacas, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas cardíacas, enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar, otras formas de enfermedad cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares, enfermedades de venas, vasos y ganglios linfáticos no clasificadas en otro lugar, otros trastornos del aparato circulatorio y los no especificados (Gómez, 2015).

Sin embargo, bajo una tipología tan general se hace difícil conocer el comportamiento específico de otras patologías que se circunscriben dentro de la etiqueta de enfermedades no transmisibles y de enfermedades del sistema circulatorio; este es el caso de las enfermedades vasculares periféricas (EVP), un síndrome que puede afectar los vasos arteriales, venosos y linfáticos (de la Torre et al., 2017). Dicho cuadro sindromático tiene vigencia como problema de salud en el ámbito mundial pues diezman la calidad de vida de las personas desde períodos previos a su diagnóstico y representan altos costos de atención (Gallardo Pérez et al., 2008). Dentro de las EVP se incluyen de modo específico la enfermedad arterial periférica (EAP) y

los desórdenes venosos crónicos (DVC). La primera, tiene importancia por sus implicaciones en la comorbilidad con enfermedades cardiovasculares y, la segunda, por su alta prevalencia en población general (Bluro et al., 2015; de la Torre et al., 2017; Gallardo Pérez et al., 2008). Ambas tienen en común que presentan graves secuelas en sus fases avanzadas que comprometen la calidad de vida de los pacientes, que han sido poco estudiadas en nuestro contexto y que tienen un elevado subregistro en los informes epidemiológicos (Bluro et al., 2015; de la Torre et al., 2017; Gallardo et al., 2008).

Las EVP reproducen el problema tipológico y de registro observado y documentado para otros países (Gallardo Pérez et al., 2008). Puesto que, los DVC y la EAP son patologías que no aparecen entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en estudios epidemiológicos, o se describen de manera genérica dentro de las enfermedades cardiovasculares o del sistema circulatorio, por lo que no resulta suficientemente claro el conjunto de patologías que allí se agrupan ni la magnitud real del problema; obedeciendo a un esquema en el cual, la exposición de datos no incluye un análisis pormenorizado de las enfermedades que hacen parte del sistema circulatorio, lo cual permite inferir que “[...] *el agrupamiento de las ENT en una sola categoría general tiende a ocultar información que podría ser fundamental para la formulación de políticas y la toma de decisiones*” (OPS, 2017, p. 21).

1.1. Definición, prevalencia y fisiopatogenia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y de los desórdenes venosos crónicos (DVC)

La enfermedad arterial periférica (EAP), es una afectación a nivel arterial que sucede en los miembros inferiores del cuerpo; se encuentra ligada a un proceso generalizado que tiene lugar en el sistema circulatorio que se conoce como aterosclerosis (Lahoz & Mostaza, 2007). La aterosclerosis se manifiesta como una inflamación crónica de distintas zonas vasculares, generando acumulación de placas de lípidos, tejido fibroso y células inflamatorias, que hacen que las paredes de las arterias se estrechen y se endurezcan. Al ser una enfermedad sistémica sus síntomas y progreso depende del territorio corporal en el que sucedan: en las arterias coronarias se presenta como síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio o muerte

súbita; sobre el cerebro como accidente cerebrovascular agudo o como accidente isquémico transitorio; si los episodios son repetitivos se puede dar una demencia multiinfarto. Si es en las arterias periféricas se expresa mediante claudicación intermitente o como isquemia aguda de miembros inferiores (Lahoz & Mostaza, 2007, p. 185).

La EAP afecta del 15 al 20 % de los adultos mayores de 70 años (Criqui et al., 1985; Selvin & Erlinger, 2004). Su sintomatología puede ser silente, inexistente o con una manifestación intermitente que se presenta al hacer ejercicio, caminar o estar en reposo. El grado de afectación clínica suele depender de la evolución cronológica del proceso de enfermedad (agudo o crónico) y de la afectación de un lugar corporal o de varios. Desde un punto de vista fisiopatológico, la detención o disminución de la circulación de la sangre en los miembros inferiores puede clasificarse en funcional y crítica. Siguiendo a (Serrano & Martín, 2007), la isquemia funcional sucede al ser el flujo sanguíneo normal en estado de reposo, pero insuficiente a la hora de realizar actividad física, teniendo una manifestación clínica de tipo intermitente; por su parte, la isquemia crítica se da cuando la reducción del flujo sanguíneo deriva en un déficit de perfusión, dejando en evidencia lesiones en la extremidad o dolor al estar en reposo.

De otra parte, los desórdenes venosos crónicos incluyen varios signos y síntomas que se relacionan con la disfunción venosa crónica en las extremidades inferiores (Carpentier et al., 2004). Corresponden a un espectro amplio de anormalidades funcionales y morfológicas del sistema venoso que cursan desde las telangiectasias (Evans et al., 1999) hasta la insuficiencia venosa crónica (Bradbury, 2010).

En relación con la insuficiencia venosa crónica, la prevalencia en países desarrollados es del 1%, con un 10% de casos donde los pacientes manifiestan dolor por heridas o úlceras que pueden abrirse (Bradbury, 2010). Con respecto a la fisiopatogenia de los DVC, el drenaje venoso sucede mediante dos sistemas colectores, el venoso superficial y el profundo, que se relacionan por las venas perforantes, encargadas de drenar la sangre de un sistema al otro (Aguilar, 2003). El funcionamiento del retorno venoso en el cuerpo se logra por la acción de dos componentes, uno hidrostático y el otro, hidrodinámico, que tienen influencia del sistema

valvular (Bergan et al., 2006). Al fallar el sistema valvular, la sangre circulante retorna al sistema superficial el cual, al sobrecargarse, transfiere el flujo sanguíneo al sistema venoso profundo el cual ejecuta una acción inversa generando así dilatación en las venas superficiales y como resultado se desarrollan las venas varicosas (Selaya et al., 2005).

Un factor de riesgo –FR–, se define, según de Almeida Filho & Rouquayrol, 2008, “[...] como el atributo de un grupo de la población que presenta mayor incidencia de una enfermedad o agravio a la salud en comparación con otros grupos definidos por la ausencia o menos exposición a tal característica” (2008, p. 97). De ahí es comprensible que el mermar la influencia de factores de riesgo específicos pueda llegar a incidir en el curso de una enfermedad no transmisible, sino que, incluso dependiendo de determinadas condiciones puede revertir su ciclo normal. (Escobar et al., 2000, p. 58).

La EVP y los DVC comparten con las enfermedades crónicas no transmisibles riesgos como el consumo de tabaco, incluyendo la exposición, la inactividad física, las dietas no saludables con exceso de sodio, sal y grasas, y el consumo desmedido de alcohol (OMS, 2018a). En concreto, los factores de riesgo clásicos para EAP son: tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia (Bluro et al., 2015, p. 2) y para DVC tenemos: sexo, edad, peso, número de partos y los antecedentes familiares (Carrasco Carrasco & Díaz Sánchez, 2015).

2. Colombia en el panorama de las enfermedades crónicas no transmisibles y del sistema circulatorio

Según el último Análisis de Situación en Salud para Colombia, el 12,31% de la población se concentra en una edad mayor a los 60 años, el 38,40% lo constituyen los adultos de 29 a 50 años, el 18,60% los jóvenes de entre 18 y 28 años, el 10,13% los adolescentes entre los 12 y 17 años, el 10,38% los infantes, y el 10,18% se encuentran en la primera infancia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

| Índice Demográfico | Año | | | Tendencia |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|-----------|
| | 2005 | 2019 | 2020 | |
| Población urbana | 31.889.299 | 38.770.520 | 39.241.145 | |
| Población rural | 10.999.293 | 11.603.958 | 11.670.602 | |
| Población total | 42.888.592 | 50.374.478 | 50.911.747 | |
| Población Masculina | 21.169.835 | 24.873.329 | 25.138.964 | |
| Población femenina | 21.718.757 | 25.501.149 | 25.772.783 | |
| Relación hombres: mujer | 97,47 | 97,54 | 97,54 | |
| Razón niños:mujer | 38,03 | 33,69 | 33,51 | |
| Índice de infancia | 31,01 | 25,63 | 25,39 | |
| Índice de juventud | 26,28 | 25,28 | 25,04 | |
| Índice de vejez | 8,90 | 12,31 | 12,65 | |
| Índice de envejecimiento | 20,17 | 32,27 | 33,48 | |
| Índice demográfico de dependencia | 59,41 | 54,36 | 51,29 | |
| Índice de dependencia infantil | 49,44 | 38,77 | 38,41 | |
| Índice de dependencia mayores | 9,97 | 10,94 | 12,51 | |
| Índice de Friz | 156,97 | 130,44 | 128,50 | |

Tabla 1. Comportamiento del índice demográfico en Colombia, 2005 – 2019 – 2020. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 66).

Si se relacionan las cifras anteriormente indicadas se puede suponer que Colombia se encuentra inmersa dentro de la tercera fase de un proceso conocido como *transición demográfica*, el cual se caracteriza por un declive rápido de las tasas de natalidad frente a un aumento de los índices de mortalidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Así es posible afirmar que el acrecentamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, en general, puede verse relacionado con el aumento de los grupos poblacionales de mayor edad, en las que se acumulan los efectos de estilos de vida no saludables que desembocan en los perfiles epidemiológicos de enfermedad mencionados anteriormente.

Volviendo a las cifras y al impacto de las ENT en Colombia, por un lado, entre los años 2009 y 2018 un total de 42.453.271 personas consultaron por afecciones relacionadas con las enfermedades no transmisibles, lo que significa un total de 13 atenciones por persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, pp. 63-190). La principal causa de atención según grupo etario fueron las enfermedades no transmisibles en la infancia, la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez; solamente la primera infancia se vio más afectada por condiciones transmisibles y nutricionales. En relación a las atenciones dependiendo del sexo, las mujeres aportaron el 67,1% y los hombres 63,8% de los casos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, pp. 63-190).

Partiendo del Informe de Monitoreo de Avances en Materia de las Enfermedades No Transmisibles los datos presentados para Colombia son completamente acordes con el tipo de progreso dispar, a la hora de hacer frente de forma efectiva ante las ENT que se manifiesta

para otros países (OMS, 2017). Teniendo en cuenta el comportamiento mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles como problema de salud pública el Ministerio de la Protección Social en el año 2010 indicó que de los puntos más preocupantes relacionados con las ENT se consideran aquellos que se presentan como gastos directos (atención médica, tratamiento farmacológico, hospitalizaciones, consultas con especialistas, atención en emergencias, entre otros) e indirectos (estimación de la pérdida en productividad e ingresos frente a los años de vida perdidos por discapacidad permanente o temporal o muerte prematura) (Gallardo et al., 2016, p. 108).

Tal preocupación es manifestada en términos similares por Felipe Arias, presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI–, quien, en entrevista para El Tiempo, indicó que a nivel de costos la atención de las enfermedades crónicas representa un consumo muy elevado de los servicios del sistema de salud. En sus palabras: “[...] casi 4,5 millones de colombianos están en programas de pacientes crónicos que incluyen controles acompañados de pruebas de laboratorio y tratamientos permanentes (y costosos) de largo plazo [...]” (2015).

Entonces, la huella económica en el país que dejan estas enfermedades se encuentra “a caballo” entre brindar atención médica preventiva y atender la enfermedad ya manifiesta, lo primero sería lo necesario y acorde con los compromisos y políticas propuestas por la OMS y más cuando se sabe que la planificación de la atención en salud sociosanitaria debe iniciar incluso antes de la edad adulta buscando prevenir la pérdida de la autonomía de las personas por medio de la promoción de estilos de vida saludables (Simonet & Santesmases, 2011, p. 296).

No obstante, la economía del sector y las altas demandas en salud complican este proceso. En palabras de Olga Lucia Zuluaga, directora de la Asociación de Hospitales Públicos de Colombia “(...) el tema financiero nos debilita, porque lo primero que hacen las instituciones con dificultades económicas es reducir o eliminar los equipos extramurales, que son lo que deben estar afuera, previniendo enfermedades” (Casa Editorial El Tiempo, 2015). Simultáneamente como la economía se ve golpeada, también lo hacen otros aspectos,

y es claro que la prevención de las enfermedades crónicas debe, “(...) *competir con múltiples intereses y prioridades en salud pública. De igual forma, se requiere que [...] sean posicionadas en la agenda de diversos actores y se apropien modelos de acción científicamente válidos, culturalmente apropiados y sensibles a los recursos locales*” (Lucumí et al., 2008, p. 349).

Del mismo modo, a partir de los Análisis de Situación de Salud (ASIS) se conoció para Colombia que entre 2005 y 2017 la principal causa de muerte en población general fue atribuida a las *enfermedades del sistema circulatorio*. Estas patologías “(...) *produjeron 150,30 muertes por cada 100.000 habitantes año, causaron el 30,5% (808.245) de las defunciones y el 16,7% (1.040.267) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 222).

2.1. Situación de salud de las enfermedades crónicas no transmisibles y del sistema circulatorio en Antioquia

El comportamiento por departamentos es similar al presentado para el país. En el período 2009 a 2018 se pudo estimar la frecuencia de las atenciones por causas así: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos y condiciones maternas y perinatales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 63). Ahora bien, luego de Bogotá, Antioquia es el departamento que más incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles presenta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 192) y es junto con el Valle del Cauca los que concentran la mayor carga poblacional en condición de vejez, un 71,3% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 63). En términos de cifras, como departamento, Antioquia replica las tendencias para las enfermedades crónicas a nivel de país y de región.

En la actualización del Análisis de Situación en Salud para Antioquia en los últimos 12 años se han contabilizado 99.322 casos de muertes por uno de los conjuntos de ENT que más vidas cobran a nivel mundial: las enfermedades del sistema circulatorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Del análisis por regiones, el suroeste antioqueño presenta las tasas

de mortalidad más elevadas (173,5 por cien mil habitantes) en relación a ese mismo conjunto de enfermedades.

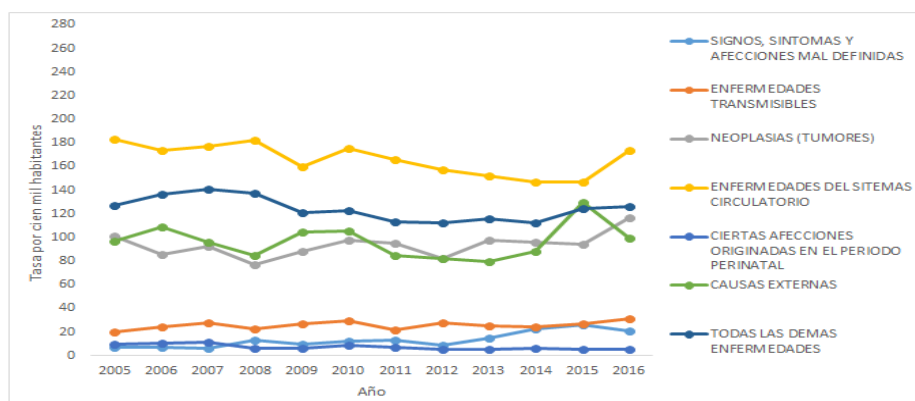


Ilustración 1. Mortalidad según grandes grupos de causas. Subregión de Suroeste, Antioquia, 2005 – 2016. Fuente: (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019).

El Suroeste, entonces, se presenta como una zona en la que la incidencia de las ENT y de las enfermedades del sistema circulatorio son problemáticas; ya que, por un lado, cuenta con índices altos de mortalidad y morbilidad asociados a los padecimientos en mención y, por el otro, hay factores sociodemográficos coligados al envejecimiento poblacional, representado en una población que demanda elevadas condiciones de atención sociosanitaria, sumado a que, por características territoriales, existe un alto número de personas que viven alejadas de los cascos urbanos que tienen limitaciones considerables a la hora de acceder a los centros de salud (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2018).

2.1.1. Las enfermedades del sistema circulatorio en el municipio de Jardín, Antioquia

En el municipio de Jardín, ubicado en el suroeste de Antioquia, convergen variables asociadas a la mortalidad por enfermedades crónicas y del sistema circulatorio por poseer, en términos generales, una población altamente envejecida y la confluencia de tres núcleos poblacionales distintos: indígenas, mestizos y población campesina (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019), que, hipotéticamente, tienen condiciones genéticas, biológicas (García et al., 2019), culturales y ambientales específicas que suponen un abanico diverso de manifestaciones de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Para 2018 la población total del municipio de Jardín era de 13.516 habitantes; alrededor del 57,8% de esas personas habitaba la zona urbana y el 42,2 % la zona rural. Según el ASIS de 2018, la población en los grupos etarios menores de los 20 años ha disminuido y en aquellos grupos mayores de los 50 años ha aumentado, este patrón demográfico se ha hecho contundente en el tiempo, pues, aunque el porcentaje ha ido diezmando de forma progresiva la tendencia es a mantener ese patrón, lo que implicará generar estrategias concretas para manejar el influjo creciente de las enfermedades crónicas en población envejecida (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019). El mismo informe documenta que esto puede deberse a los programas de prevención del embarazo no deseado, y a la eficacia de los programas para los adultos mayores (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019).

| Ciclo vital | 2005 | | 2018 | | 2020 | |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| | Número absoluto | Frecuencia relativa | Número absoluto | Frecuencia relativa | Número absoluto | Frecuencia relativa |
| Primera infancia (0 a 5 años) | 1934 | 13,4 | 1540 | 11,4 | 1488 | 11,2 |
| Infancia (6 a 11 años) | 1819 | 12,6 | 1508 | 11,2 | 1441 | 10,8 |
| Adolescencia (12 a 18) | 2105 | 14,6 | 1646 | 12,2 | 1649 | 12,4 |
| Juventud (19 a 26) | 1887 | 13,1 | 1799 | 13,3 | 1703 | 12,8 |
| Adultez (27 a 59) | 5272 | 36,5 | 5303 | 39,2 | 5287 | 39,6 |
| Persona mayor (60 y más) | 1416 | 9,8 | 1720 | 12,7 | 1777 | 13,3 |
| TOTAL | 14433 | 100 | 13516 | 100 | 13345 | 100 |

Tabla 2. Comparación de la demografía de la población de Jardín por grupos etarios para los años 2005, 2018 y proyección a 2020. *Fuente: (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019)*

Analizando la situación en salud del municipio se tiene que entre 2005 y 2016 la principal causa de muerte fueron los padecimientos relacionados con el sistema circulatorio. En relación con los años de vida potencialmente perdidos los dos conjuntos de enfermedades con mayor incidencia son las neoplasias y en las enfermedades del sistema circulatorio, ambas afectaron más a hombres que a mujeres.

De las muertes debidas a enfermedades que afectan al sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas fueron las que predominaron en el índice de mortalidad. En cuanto morbilidad en el municipio de Jardín, “[...] las principales causas por las cuales se enferma la población son las derivadas del grupo de enfermedades no transmisibles, en las cuales se encuentran

las enfermedades cardiovasculares, enfermedades musculoesqueléticas, las condiciones orales [...]” (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019, p. 73).

2.1.2. Delimitando el problema. La necesidad de una perspectiva comprensiva en el estudio de la enfermedad vascular periférica

Los datos de agrupación de las enfermedades crónicas no permite rastrear el impacto que en específico vienen causando las EVP en la población del municipio de Jardín, y al existir pocos estudios epidemiológicos de los DVC (Buitrago et al., 2011; García et al., 2019) y de la EAP (Jiménez & Peña, 2012; Moreno et al., 2012; Urbano et al., 2018) en el país, no es clara la distribución de los factores de riesgo que posibilitan el desarrollo de estas patologías; además, se conoce poco sobre la influencia de aspectos sociales, culturales y políticos en la aparición, la adherencia al tratamiento y el curso de las EVP consideradas. En ese sentido, pocos son los estudios que abordan el comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio mediante métodos etnográficos, y muchos menos son aquellos que se centran sobre el análisis social y cultural de la enfermedad vascular periférica (EVP) y sus entidades (DVC y EAP) en Colombia.

En el municipio de Jardín, existen etnografías previas no publicadas que al ser revisadas bajo otras miradas se pueden ampliar en sus alcances o en sus interpretaciones. Estudios académicos recientes elaborados por estudiantes de maestría, pregrado y por profesores del departamento de Antropología de la Universidad de Antioquia buscan comprender el comportamiento de estas dos entidades en zona urbana del municipio; por un lado, García (2015) se propuso conocer la epidemiología de los desórdenes venosos crónicos (DVC), y su posible asociación con factores biológicos y ambientales de riesgo en la población general de dos comunidades del Suroeste de Antioquia: Jardín y Karmata Rúa (Cristianía); a la par estudió los componentes socioculturales del riesgo en la concepción de la salud vascular y la práctica de cuidados de las comunidades. Por su parte, Correa (2016) indagó sobre los factores de riesgo asociados a la enfermedad arterial periférica, y puso un énfasis sobre los itinerarios terapéuticos y las creencias alrededor del proceso salud/enfermedad que subyacen a la enfermedad arterial periférica. Por último, Montoya (2016), enmarcó su análisis sobre

los desórdenes venosos crónicos y los patrones de reflujo venoso frente a los factores de riesgo asociados en zona urbana de Jardín en contraste con el mismo grupo indígena de Karmata Rúa.

Los proyectos de investigación mencionados buscaron, en general, conocer y describir el comportamiento epidemiológico de las enfermedades enunciadas, e innovaron en el análisis de la situación de salud del municipio respaldando la pertinencia de ampliar el discurso epidemiológico hacia la comprensión de las creencias y prácticas alrededor de la salud y la enfermedad desde las posiciones teóricas y metodológicas de la antropología, específicamente la antropología médica, la cual busca trascender el análisis de la salud y la enfermedad desde una posición que vincula de manera integradora a la cultura y las costumbres con la experiencia de vida de cada paciente; partiendo del hecho de que la realidad del enfermo se imbrica con la cultura y la configuración de identidad individual y colectiva (Díaz Bernal et al., 2015). De buena forma justificaría Kleinman la necesidad de conexión entre lo social y lo médico, manifestando que *“We can envision in chronic illness and its therapy a symbolic bridge that connects body, self and society. This network interconnects physiological processes, meanings, and relationships so that our social world is linked recursively to our inner experience”* (Kleinman, 1988, pp. xiii-xiv).

No obstante, existen niveles problemáticos aún no analizados y que se constituyen en la razón de ser del presente proyecto, por ejemplo, la falta de una intersección entre los datos epidemiológicos frente a los datos contextuales o la consideración de solo algunos factores determinantes del proceso de salud/enfermedad, en general, de corte fisiológico, genético y sociodemográfico. Además, hay que tener en cuenta que no necesariamente lo social y demográfico engloba a lo cultural, y menos cuando se quiere comprender a las personas, en términos de pertenencia a un territorio, la configuración de identidad cultural, individual y colectiva, los procesos de historicidad familiar y comunitaria, entre otras características de la construcción cultural de los grupos humanos (Mariño & Wiesner, 1998).

Al decir de Breilh, [...] *las nociones empíricas de "lugar", "tiempo" y "persona" siguen sometiendo al pensamiento de la salud pública y de la epidemiología a un encuadre empirista*

[...] (2010, p. 84), que desconoce la conformación de perfiles epidemiológicos en zonas rurales, pues, teniendo en cuenta que tales poblaciones se configuran de acuerdo a determinantes sociales específicos y dentro de un sistema de salud que se encuentra condicionado a los ingresos. Por ende, se debe poner en consideración la necesidad de replantear los aspectos suficientes para que se logre una articulación que responda a las realidades contextuales (Rodríguez & Benavides, 2016, pp. 361-362). En este marco, el modelo de Determinantes Sociales de la Salud puede aportar un enfoque interesante, ya que permite estudiar las relaciones sociales, económicas y culturales que se derivan de las estructuras sociales y políticas de las comunidades (Álvarez Hernández, 2008, p. 62).

Así las cosas, el sector rural tiene una *“complejidad que resulta de las relaciones entre cuatro componentes: el territorio como fuente de recursos naturales, soporte de actividades económicas y escenario de intercambios e identidades políticas y culturales”* (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011, p. 27). Lo rural, es entonces, el resultado de la confluencia de varios aspectos que repercuten en el ser de las personas que habitan un territorio determinado, que hacen parte de un tejido social concreto, con unas formas de producción, de comunicación, interrelación, consumos e intercambios que dan sentido a la existencia (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011). La ruralidad puede ser entendida, también, como un concepto que no difiere enormemente de lo urbano y que, por el contrario, se integra en una continuidad que impedirá entender a la una sin la otra (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011), por tanto, debe ser una categoría problematizable a la hora de entender los patrones de enfermedad y salud, teniendo en cuenta que la población rural registra indicadores de calidad de vida más precarios y un índice de pobreza multidimensional (IPM) mayor; de hecho en el ASIS de Jardín se indica que,

Comparando el área urbana con el área rural del municipio se observa que en el área rural el IPM es el doble del IPM del área urbana. Además, se observa que el IPM del área rural del municipio es mayor que el IPM del departamento para la misma área (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019, p. 80).

Las enfermedades y la salud hacen parte de la esfera humana y dentro de esa misma esfera deberían ser estudiadas (Menéndez, 2008), para así poder abarcar la problemática desde diversas perspectivas bajo la intención de entender las particularidades que pueden incidir en la consecución de esos logros. Entonces, aunque hay un llamado global, las especificidades de cada país, con sus gentes, culturas, costumbres, economías y políticas propias, tendrán matices que deben considerarse en los programas de diagnóstico, promoción y prevención del fenómeno de las ENT. Los aspectos sociales, culturales e históricos no han sido relevantes a la hora de entender las causas, relacionamientos y trayectorias del trinomio salud-enfermedad-atención.

Desde este enfoque tampoco se tiene en cuenta la posición del paciente, su historia de vida, sus saberes particulares o su cultura (Menéndez, 2008); esto instaura en la relación médico-paciente una vinculación asimétrica, donde el médico funge su profesión paternalistamente sobre el paciente en función de unos indicadores de enfermedad y con unos protocolos para atenderla (Ciuffolini & Jure, 2006; de Almeida Filho & Rouquayrol, 2008) que dejan por fuera la posibilidad de que el enfermo pueda narrar su enfermedad y dotarla de sentido en relación con sus propias reflexiones y aprendizajes, impidiendo que el tratamiento sea integral (Menéndez, 2008).

El modelo biomédico, basa su concepción de salud y enfermedad en factores de riesgo biológico y del comportamiento individual, mientras que lo social e incluso lo cultural son asuntos que quedan en segundo plano (Arredondo, 1992). Al decir de Menéndez “*Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc.*” (1985, p. 4), que posibilitan la ejecución de un tipo de práctica, tanto profesional como relativa a las costumbres de las gentes, donde la enfermedad y la cura depende de las personas, depositándose en ellas la mayor responsabilidad, lo cual ha permitido que otros procesos determinantes de la enfermedad sean secundarios y poco tomados en consideración (1985, p. 4). De allí se colige que la práctica médica relativa al modelo biomédico “[...] *es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o a lo sumo a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económicos-políticos*

e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante” (1985, p. 4), afectando las estructuras que reproducen las barreras en el acceso a un sistema sociosanitario más integral.

Es por lo anterior que Nájera (1988) manifestaba que los estudiosos de la epidemiología siguen interpretando a la enfermedad como “[...] una cadena complicada pero lineal de causalidad en lugar de como una interrelación complicada de numerosos factores” (p. 155). Este enfoque se contrapone a la idea de que “[...] el riesgo está determinado individualmente, o sea, que los “estilos de vida” y los “comportamientos” son materia de opción individual independientes del contexto social” (Laza Vásquez, 2006, p. 9). Esto implica desconocer el papel que sobre los individuos juegan las relaciones de poder en un mundo globalizado, bajo un panorama de atención sanitaria en salud dirigido a capitalizar la enfermedad, y en el que “[...] las transformaciones en la producción y en las condiciones de vida y trabajo implicaron un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de los accidentes de trabajo” (Iriart et al., 2002, p. 129). Por lo tanto, dentro de ese sistema capitalista y bajo el modelo biomédico fue que las relaciones asimétricas entre clase social y problemas de salud, tanto como las inequidades en el acceso a los servicios de salud se hicieron totalmente evidentes, lo que derivó en una representación proporcionalmente inversa entre el aumento del diagnóstico de patología y el acceso adecuado a los nuevos avances para atender las enfermedades logrados por las ciencias de la salud (Iriart et al., 2002).

En contraste, las nuevas perspectivas comprensivas del proceso salud-enfermedad permiten ampliar la mirada a la hora de entender el entramado sociocultural en el cual suceden las enfermedades, en un momento en el que el modelo biomédico y las explicaciones causales del proceso salud/enfermedad se han tornado insuficientes (Madariaga Araya, 2008). Entonces, desde una perspectiva amplia la enfermedad no es solo una condición biológica, sino que también es una producción social (Rodríguez & Benavides, 2016). Como producto social, los estados de salud se ven determinados o influenciados por los contextos en que suceden, lo que propicia ver el fenómeno partiendo desde “*La priorización de las acciones a desarrollar [...] teniendo en cuenta las necesidades locales, la red y en fusión de criterios*

de máxima factibilidad y máximo impacto sobre la mejora en el servicio prestado” (Contel & Martínez, 2011, p. 312). En concordancia con esta noción el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, reconoce que el mayor reto para Colombia son las grandes diferencias que existen entre regiones y entre grupos poblacionales a la hora de articular aspectos sociales con el desarrollo económico, a fin de entender y proyectar el impacto de la enfermedad crónica y de las enfermedades en general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Además, se “[...]debe enfocar la enfermedad y al paciente inmersos en un contexto en el cual tanto las dimensiones biológicas, ambientales, sociales y culturales son consubstanciales a su tarea” (Pineda Camacho, 1998, p. 7). A este respecto Lobo-Guerrero y Herrera citados en Rivera, 1998 manifiestan la necesidad de dar una mejor comprensión a los sistemas médicos del país, vinculando en el análisis del sistema sanitario una idea que los eleve a ser *“construcciones estructuradas bajo procesos históricos de contacto y de reafirmaciones culturales particulares”* (p. 31). Frente a este horizonte, se puede deducir que el proceso de atención a las enfermedades posee características históricas, y se comporta como una dimensión del ser humano que es dinamizada por la cultura y las creencias, que se arraigan en los grupos humanos y que revelan, todo tipo de posiciones frente a la vida y la muerte; toda vez que quien vive la salud y padece la enfermedad también se encarga de darle sentido a sus dolencias.

Como el curso de las enfermedades no suele ser lineal y las complicaciones que de ellas se derivan pueden ser tan diversas requerirán que los pacientes, sus amigos y familiares atraviesen procesos de adaptación personal, social y laboral (Simonet & Santesmases, 2011, p. 295). Por lo tanto, se hace necesario no sólo conocer la enfermedad sino también las características sociales y culturales de las personas. En ese orden de ideas, surge la pregunta sobre cómo las concepciones y prácticas sobre la salud/enfermedad/atención inciden en la manera que un grupo de pacientes del municipio de Jardín tramitan su enfermedad o dolencia, en el marco de niveles contextuales más amplios que incluyen el entorno cercano y las condiciones estructurales del sistema de salud y la sociedad en general.

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

- Indagar mediante el método etnográfico por los factores socioculturales que configuran los sistemas de creencias y prácticas alrededor de los procesos de salud/enfermedad/atención, de personas diagnosticadas con enfermedad vascular periférica en zona rural de Jardín, Antioquia.

3.2. Objetivos específicos

- Describir las creencias, prácticas y saberes específicos asociados con el proceso salud/enfermedad/atención de los habitantes de la zona rural del municipio de Jardín
- Explorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes entrevistados en relación a la coexistencia de enfermedades crónicas asociadas a la enfermedad vascular periférica.
- Relatar los itinerarios terapéuticos que la población de estudio sigue durante los procesos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades vasculares periféricas.
- Analizar la influencia de determinantes estructurales de carácter social, económico, cultural, histórico y político en los patrones de la salud vascular del municipio de Jardín.

4. Hipótesis

La Antropología y más concretamente, la perspectiva etnográfica, permite explicar y conectar desde el individuo las causas y las relaciones de determinantes estructurales, subyacentes y singulares de la salud vascular y específicamente de la enfermedad vascular periférica.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

"[...] y aún estamos atentos al enfoque newtoniano. Esa es la razón por la cual todavía pensemos las causas de las enfermedades en términos de uno, dos o cuando mucho unos pocos factores".

Enrique Nájera

El Desafío de la Epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas.

Washington: OPS; 1988. P. 155

5. Conceptos debates de la epidemiología. En búsqueda de las causas de la enfermedad

En los enfoques implementados desde la medicina y las ciencias de la salud para entender el comportamiento de las enfermedades, en términos individuales o colectivos, se han presentado cambios históricos de importancia. La epidemiología ha sido considerada como la ciencia básica de la Salud Colectiva, que estudia la distribución de las epidemias y enfermedades en los grupos humanos (de Almeida Filho & Rouquayrol, 2008). Dicha ciencia viene atravesando procesos de reestructuración epistemológica, metodológica y praxeológica; quizás, uno de los más debatidos de esos problemas es el relacionado con la causalidad de la enfermedad dado que, en formas clásicas, la epidemiología ha enmarcado sus objetivos bajo la idea de *"[...] describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural"* (López-Moreno et al., 2000, p. 133). Frente a esto, algunos estudiosos consideran que la epidemiología ha venido presentando ausencias en términos de los alcances de su método, y la relación que se puede tejer con dinámicas sociales, culturales, políticas, económicas, históricas y biológicas, indicando que la epidemiología debería alejarse del concepto de causas y enfocarse *"[...] a dar explicaciones no deterministas de los eventos que investiga"* (Ramis, 2011, p. 484).

Así las cosas, la idea de causas de la enfermedad se ha visto influenciada por la conceptualización que se haga de la relación del cuerpo con su entorno, llámese naturaleza, medioambiente, ecosistema o sociedad, y la comprensión de cómo los colectivos e individuos transforman las dinámicas del contexto en que los eventos de salud ocurren (Cabrera, 2004).

El capítulo se subdivide en 3 apartados que tienen como fin presentar la triangulación de los debates en torno a los procesos de salud/enfermedad y sus análisis y avances desde la interdisciplinariedad que como se verá se justifica a la hora de entender la salud de las personas. En el primer apartado se relacionan algunas de las categorizaciones hechas desde los modelos asociados al proceso de salud/enfermedad, tomando como insumo, la delimitación epistemológica elaborada por Ramis (2011) y complementando con bibliografía de soporte de diversos autores. En el segundo apartado se aborda cómo los movimientos sociales se unen a la epidemiología y transforman el punto de partida para el análisis de la enfermedad de las poblaciones, llevando los asuntos que una vez fueron meramente biológicos al plano de la crítica social y dotando de una mirada más global a los análisis de la situación de salud. En el tercer apartado se puede leer cómo desde las Ciencias Sociales y, más concretamente, desde la antropología se reconoce la posibilidad de entender de forma integral a la salud, la enfermedad y la atención buscando con la etnografía como método la creación de instrumentos que permitan entender la realidad tal y como la experimentan las personas y se viabilice el rescatar esas narrativas propias de quien vive o padece una dolencia.

5.1. Magia, plagas, dioses y salud. Lo previo a los miasmas

Las referencias hacia las primeras expresiones acerca de dolencias o problemas de salud estudiados de forma sistemática suelen abordarse con la Escuela de Cos o Hipocrática; no obstante, desde una perspectiva histórica en los grupos humanos más antiguos lo predominante eran las formas de ver el mundo arraigadas en la religiosidad, los saberes propios y la magia.

Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre (Arredondo, 1992, p. 254).

Así, la enfermedad en muchas ocasiones era el resultado de un castigo propinado por dioses a los humanos que se habían extralimitado de alguna forma que no fuese acorde a sus épocas, o a la moral de momento. Según Entralgo,

Antes de Alcmeón y de Hipócrates, la medicina había sido en todo el planeta una mezcla de empirismo y magia, con mayor o menor predominio de uno o de otra, y más o menos sistemáticamente trabada con la visión religiosa del mundo propia del pueblo en cuestión (1970, p. 22).

López-Moreno y colaboradores indicaban que las causas de las enfermedades se vinculaban con las creencias de las poblaciones, por lo que en el registro de estas prácticas se cuenta con que *“En Egipto, hace 3000 años, se veneraba a una diosa de la peste llamada Sekmeth, y existen momias de entre dos mil y tres mil años de antigüedad que muestran afecciones dérmicas sugerentes de viruela y lepra”* (2000, p. 134).

5.2. Teoría miasmática de la enfermedad y teoría del contagio

También denominada como teoría humoral, es bastante conocida por presentar dos principios fundamentales: el primero de ellos, se relaciona con que el cuerpo humano está formado por 4 líquidos o humores, equivalentes a los 4 elementos naturales: el fuego, el agua, el aire y la tierra, con sus respectivas cualidades: calor, humedad, frío y sequedad (Quevedo, 2004, p. 84). Uno de los más reconocidos autores de esta teoría fue Hipócrates. No obstante, las motivaciones médicas y antropológicas de entender al ser humano fueron también fuente de discusión para los filósofos. Por ello, es muy aceptado en la comunidad académica, que fue Empédocles de Agrigento quien un siglo antes que Hipócrates, *“paría”* esta teoría (Entralgo, 1970). El segundo principio, se relacionaba con la idea de equilibrio (isonomía) en la cual, la enfermedad es el resultado de una inestabilidad entre los 4 humores y, por ende, la supremacía de uno de ellos (Quevedo, 2004, p. 84).

Se sabe que en el siglo XIX esta teoría se enfrentó a otra bastante conocida como de los gérmenes o del contagio, la cual posicionó las causas de la enfermedad como consecuencia de aire con gérmenes o miasmas. El cambio entre una y otra teoría, nos indica la profesora

de Historia de la Medicina María José Báguena Cervellera, se debió a tres escenarios claramente delimitables, en los que las causas de las infecciones fueron precisadas así:

Una primera, que abarca hasta los años cincuenta, en la que predominó la teoría miasmático-atmosférica de la enfermedad infecciosa; una etapa intermedia durante las décadas cincuenta y sesenta, en la cual se admitió que los causantes del contagio eran microorganismos vivos, aunque no pudieron aislarse, y una última etapa, hasta el final de la centuria, donde este contagio animado quedó definitivamente probado y se institucionalizó la microbiología médica (1999, p. 286).

La teoría miasmática rivalizó con la teoría de los gérmenes y se encuentra bien difundido en la literatura que la disputa se dirimió en 1860 con el descubrimiento de las bacterias por Luis Pasteur; no obstante, para Enrique Nájera, este proceso no era solamente epistemológico y clínico, sino que, intricaba sus redes en la política, el contexto y la cultura misma. El autor ejemplifica esta situación por medio de lo sucedido con enfermedades como el cólera, indicando que:

[...] era ventajoso para Inglaterra que esas enfermedades fueran miasmáticas, en tanto que España quería que fuesen infecciosas porque así podía imponer barreras comerciales contra Inglaterra. Todo esto ocurrió entre 1850 y 1890. La controversia terminó cuando se demostró que esas enfermedades eran infecciosas, que los gérmenes estaban allí. Entonces el enfoque de la prevención se desplazó del cambio de las condiciones sociales hacia el desarrollo de vacunas (Nájera et al., 1988, p. 9).

5.3. Causas únicas, efectos únicos

El desarrollo de la microbiología tuvo una consecuencia muy interesante y empírica, pues, se llegó a creer, a principios del siglo XX, que era suficiente la mera presencia del agente que causaba la infección para que así, la enfermedad hiciera presencia. La teoría basó sus

cimientos en los postulados de Robert Koch, quien “[...] *planteaba que las enfermedades infecciosas son de origen microbiano y, de paso, elaboró un revolucionario protocolo experimental –los postulados de Koch– con el fin de establecer cuándo un microbio putativo es la condición necesaria y suficiente para ocasionar una patología cualquiera*” (Volcy, 2008, p. 107). Sus lineamientos según Fredricks y Relmán (1996) en Volcy se expresaban así;

Son cuatro los elementos críticos en este proceso probatorio: asociación específica del microorganismo putativo con la enfermedad; concordancia científica entre las evidencias microbiológicas, patológicas y clínicas; su aislamiento en medios de cultivo artificiales y, finalmente, la reproducción de la enfermedad por inoculación del organismo cultivado en un hospedero sano (2008, p. 108).

En concreto, Robert Koch definió la causalidad de la enfermedad, como un evento que genera consecuencias, y la delimitó teniendo en cuenta que, “[...] *una causa es necesaria si el efecto no sucede en su ausencia, y es suficiente si dicho efecto ocurre con su presencia estando o no presentes otros factores*” (2008, p. 113). Las principales críticas que este modelo tuvo se centraron, básicamente, en los limitantes de la propuesta de Koch, ya que, esta no era susceptible de ser aplicable con el mismo rigor a todos los patógenos que crecían por fuera del ambiente de un laboratorio, y más adelante, se logró precisar que no necesariamente una causa tiene un solo efecto o el mismo en todos los expuestos. El empirismo y el análisis descriptivo, contribuyó a derrumbar esta idea, pues, en la realidad una enfermedad puede derivar en números padecimientos y más, cuando esa enfermedad es orgánica o crónica.

Es notable comentar que la enfermedad infecciosa y sus diversas manifestaciones fueron ampliamente estudiadas durante el auge y consolidación de este modelo, y es también bajo esta perspectiva que se desarrollan los antibióticos y se da apertura al proceso de control de estas enfermedades (Ramis Andalia, 2011, p. 485).

Según Ramis, el modelo de causas únicas “[...] dio origen posteriormente al llamado modelo ecológico, según el cual, los problemas de salud se explicaban por la relación agente-huésped en un determinado ambiente” (2011, p. 485). Dicho modelo tiene alta importancia en la epidemiología actual como posición teórica y metodológica; autores como Susser (1994) manifiestan que el enfoque ecológico centra su interés en estudiar los procesos de salud y enfermedad en contexto ambientales, partiendo de la idea en la que la salud de un grupo es más que la suma de los miembros a nivel individual.

El modelo ecológico fue bastante desarrollado por Bronfenbrenner el cual consideraba que “[...] los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrecen poco de la realidad humana” (Bronfenbrenner, 1979). Adicional a ello, manifestaba que el proceso ecológico se encuentra influenciado por las relaciones que se produzcan entre los entornos y otros contextos que están en o abarcan al entorno en el que se desenvuelven los sujetos (Bronfenbrenner, 1979).

Como bien lo indican Torrico Linares, Santín Vilariño, Andrés Villas, & López López “Desde esta óptica el contexto en el que vive y se desarrolla el enfermo incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas” (2002, p. 47). El orden lógico de interpretación de este modelo sigue un esquema en el que la influencia de los factores internos y externos se comunican. Los sujetos ocupan un lugar en el denominado microsistema y su vínculo con el exosistema, en el cual se pueden ubicar las actividades de relacionamiento entre los sujetos y sus redes sociales más cercanas de tipo familiar o comunitario. El macrosistema se compone de esas condiciones culturales, sociales, estructurales que determinan en los grupos humanos sus rasgos más generales y que se observan en las instituciones o los contextos, aquí los valores propio y de las comunidades juegan un papel importante al interpretar la razón de los procesos (2002, p. 47).

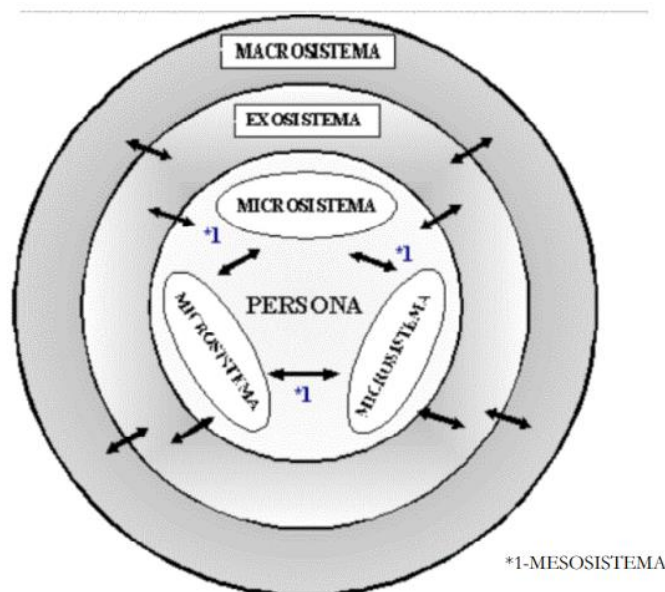


Ilustración 2. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner. Fuente: (Torrico Linares et al., 2002, p. 47).

El modelo ecológico se relaciona con otras disciplinas en cuanto a los conceptos y términos que maneja; sin embargo, lo novedoso de este modelo vendría a ser la búsqueda de los vínculos con el entorno o los entornos que se encuentran por fuera del sujeto y que inciden en su salud (Torrico Linares et al., 2002). Aunque el modelo se ha considerado ventajoso ha recibido muchas críticas, una de las más reconocidas es la denominada «falacia ecológica» la cual hace referencia a un error que se puede cometer cuando “[...] se aceptan asociaciones entre eventos cuando en realidad no existen, siguiendo el supuesto de que los resultados obtenidos a partir de un estudio ecológico serían los mismos que se obtendrían de un estudio basado en observaciones de individuos” (Borja-Aburto, 2000, p. 535).

6. La crítica social en salud pública. De la epidemiología a la antropología

Frente a una nueva epidemiología que ampliaba su horizonte hacia el estudio de múltiples causas y factores que no eran meramente biológicos o ecológicos, sino que tenían en cuenta los contextos sociales, culturales, históricos y políticos como parte fundamental de la caracterización del proceso salud/enfermedad que viven los individuos, surgen la medicina social, la epidemiología social y la epidemiología crítica. La primera de ellas observó como “[...] los aspectos sociales de la mayoría de las enfermedades eran más importantes que el

agente específico que las causaba [...]” (Laza, 2006, p. 7), abriendo nuevos horizontes interpretativos frente a los modelos epidemiológicos clásicos. En paralelo con la Medicina Social que era un movimiento de pensamiento, predominantemente, latinoamericano, Krieger y Zierler posicionaron una discusión similar en el ámbito anglosajón planteando que la epidemiología debía ser social y amalgamarse con las ideas ecológicas (Álvarez, 2008). En ese sentido teorizaban alrededor de la construcción epistemológica de la ciencia, en pro del adoptar una teoría más integradora que buscara promover:

[...] parámetros biológicos y sociales, y que éstos sean entendidos como constructos interdependientes incrustados en un escenario de complejas interrelaciones y diferentes niveles de organización. De esta forma, se daría sentido al principio epidemiológico que pretende explicar la distribución de determinantes de enfermedad [...] Este enfoque, sustentado en las teorías de producción social de la enfermedad, impulsaría cambios en la metodología epidemiológica (2008, p. 62).

En este escenario el proceso de salud/enfermedad empieza a definirse ya no en relación a los denominados factores de riesgo, sino que, cobra importancia el reconocer el impacto que determinantes específicos a nivel social (como la riqueza, la educación, la clase, la etnia, la ocupación y la territorialidad) tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población. (Palomino, Grande, & Linares, 2014).

En este momento histórico de vuelco de paradigmas (Mejía, 2013) otro enfoque de carácter integrador es el biopsicosocial este responde a un problema político e ideológico, que busca transformar ciertas estructuras del saber (como extensión del poder) en el campo de las ciencias que son las responsables de la interpretación uniculturalista de la medicina actualmente (Madariaga Araya, 2008). Aquí confluyen una conjunción de posturas que se gestaron principalmente, desde el Cono Sur y que se autodenominaban como una propuesta “crítica social” (Madariaga Araya, 2008) o como Movimiento Latinoamericano de Medicina Social (Mejía Ortega, 2013).

6.1. La epidemiología social y la epidemiología crítica

Desde estos discursos emergentes se abanderaba la necesidad de dotar a la epidemiología de tintes académicos sociales, reflexivos, situados, territorializados y con una profunda especificidad implantada en un marco de comprensión que otorga relevancia a los procesos sociohistóricos. Aquí, el determinante de la salud no es un factor o una mera causa, sino que se transforma en un proceso de determinación con características sociohistóricas, lo que implica que la salud y la enfermedad están en constante movimiento. En los conceptos del Movimiento de Medicina Latinoamericana Social el proceso de salud/enfermedad “[...] se reconoce como una expresión de las condiciones de vida históricamente determinadas/estructuradas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos” (Mejía Ortega, 2013, p. 33).

Autores como Naomar Almeida en Brasil, Jaime Breilh en Ecuador, Asa Laurell en México, Mario Testa y Juan Samaja en Argentina, apoyaban el situar la discusión en los contextos donde las inequidades en salud eran más notorias y buscaban comprender desde principios ontológicos, epistemológicos, prácticos, morales y culturales inherentes al proceso de salud/enfermedad, dando cabida a la implementación de una epidemiología social, crítica y latinoamericana, que según Samaja comprendía el continuum salud – enfermedad como una extensión de la totalidad de las complejidades que representan los miembros de los grupos humanos y los ambientes en que coexisten, indicando que el objeto de estudio de las Ciencias de la Salud está representado en los problemas, fenómenos y estrategias de acción que se presentan en el curso normal de la vida social (Samaja, 2004). Por ende, como modelo teórico, proponía que la salud y la enfermedad “[...] son resultado de la distribución desigual del poder que se produce por las condiciones económicas y políticas concretas en las que se estructura y desarrolla la sociedad y tiene lugar la vida de los individuos y los grupos” (Franco-Cortés et al., 2016, p. 249).

Del mismo modo, se problematizaban las condiciones de los estados de salud a partir del revisar el rigor histórico-político-social-materialista que les inciden como el resultado de

procesos que pueden estarse dando por sentado (Sarasti, 2011). De ahí, la epidemiología crítica investiga la mercantilización de la salud en el marco del sistema económico neoliberal (Sarasti, 2011). Asimismo, indaga por la falta de políticas públicas desde los gobernantes y los actores de los sectores de salud hacia los menos favorecidos, y que indiscutiblemente, derivaban en la apertura de brechas sociales y desigualdades en la atención en salud, bastante crecientes para la época del 60 en Latinoamérica (Iriart et al., 2002). Para Breilh la epidemiología crítica:

[...] es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida la disciplina comparte con todas las demás, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es "... una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad", y en nuestro caso, dichas relaciones implican la imposición de un sistema de explotación social y de la naturaleza, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y malsanas (2013, p. 14).

6.2. Determinantes sociales vs determinación social

En ese contexto, y ante el inminente cambio epistemológico de la epidemiología como ciencia, se conciben, como resultado de las propuestas de distintas organizaciones (ONU, OMS) y de académicos (Whitehead, Wilkinson, Marmot y otros) que problematizan el proceso de salud-enfermedad desde vertientes integradoras de disciplinas. Así, se concreta una propuesta que se denomina como Determinantes Sociales de la Salud, en adelante, DSS, y que es definida, como aquella serie de condiciones o circunstancias que hacen parte de la obtención de bienestar, calidad de vida, desarrollo humano y que muy concretamente "[...] *ejercen influencia sobre la salud de las personas y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población*" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Dicha conceptualización se encuentra muy en la vía de la definición de la salud que brinda la OMS en 1948, donde *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Moreno, 2008, p. 96). Entonces, siguiendo a Mejía (2013) los DSS se convierten en un modelo conceptual y teórico de análisis de la realidad en salud desde un componente multidimensional, posicionado históricamente que *“[...]permite profundizar el estudio de las diferencias y las injusticias sociales para revertir las inequidades de clase, de etnia y de género que subyacen en cada sociedad. El fomento de la organización, la participación y movilización”* (p. 29). La desigualdad, en este orden de ideas, puede definirse como el resultado de las condiciones en que las poblaciones crecen, viven, trabajan y envejecen, así como de los sistemas que son usados para combatir las enfermedades; esas condiciones se encuentran influenciadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (CICS/IED/UNESCO, 2016). Hablar de sociedades equitativas requiere un profundo conocimiento de la desigualdad en términos generales; no obstante, reconoce la necesidad de definir las más allá de las condiciones dispares económicas incluyendo circunstancias a nivel territorial, social, cultural, cognitivo, político y ambiental (CICS/IED/UNESCO, 2016).

Entonces, el acceso inequitativo a recursos que promuevan el desarrollo humano es un factor determinante al afirmar que los estados de salud se relacionan con las denominadas trampas de la pobreza (Mayer-Foulkes, 2002); esto quiere decir que la salud, la enfermedad y la mortalidad son directamente proporcionales a la situación económica que posean los sujetos (OMS/IER/CSDH, 2008). De ahí, es válido inferir que las malas condiciones de salud y la precariedad en los sistemas de atención pueden derivarse de relaciones de poder heterogéneas entre actores e instituciones y de una inadecuada gestión de políticas públicas en salud (Breilh, 2008; OMS/IER/CSDH, 2008). Por ello, una de las maneras de mermar esas inequidades es por medio del establecimiento y análisis de los determinantes sociales que las producen (CICS/IED/UNESCO, 2016). El modelo de los DDS suele ser resumido de la siguiente forma:

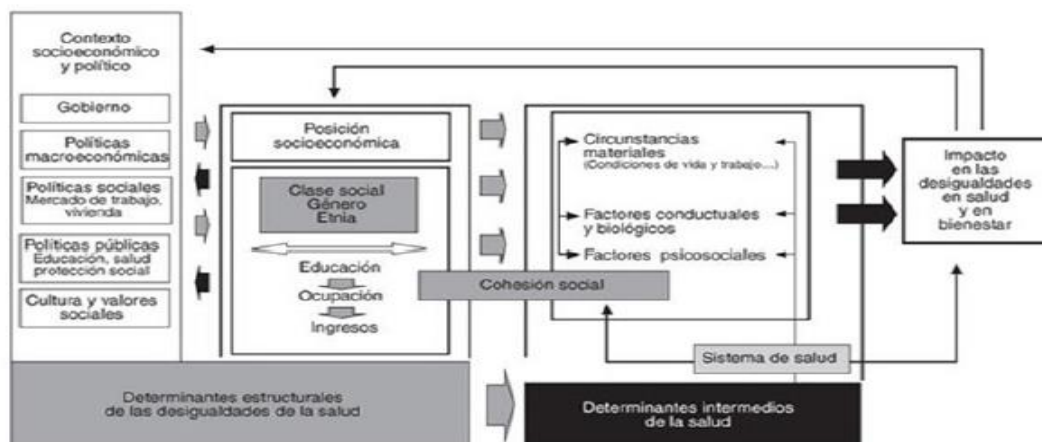


Ilustración 3. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Fuente: (Solar & Irwin, 2007).

Frente a la propuesta de los Determinantes Sociales de la Salud se plantea desde la Medicina Social Latinoamericana en los 70's una fuerte intención por desentrañar “[...] *la relación entre el orden social capitalista y la salud*”. (Breilh, 2013, p. 14). En este panorama al movimiento se le hizo posible proponer el usar un nuevo marco conceptual: la determinación social de la salud, “*Categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir*” (Breilh, 2013, p. 14). En principio la diferencia pueden ser unas letras en el nombre; no obstante, dichas discrepancias cuentan con un respaldo conceptual amplio, ya que:

En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo como reducción científica de la determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores nos permitió llegar desde 1979 a la noción de determinación como proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades (Breilh, 2010, p. 99).

Del mismo modo (Breilh, 2013) manifiesta que los DSS siempre han existido en la salud pública, y es correcto pensarlo, pues la finalidad de los determinantes es responder a las causas de las enfermedades. No obstante, lo que sí ha cambiado es la metodología con que son aplicados, y en especial la justificación ética y política que se encuentra en la base del pensamiento de los autores de los nuevos modelos:

El carácter crítico de la propuesta se fundamenta en la vinculación con las luchas de los pueblos por superar un régimen social centrado en la acumulación de la riqueza y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a la construcción de modos de vivir saludables. No es su objeto descifrar conexiones empíricas para promover medidas de simple reforma y representar la entelequia de la salud en una sociedad estructuralmente patógena. La epidemiología crítica no puede ser otra cosa que radicalmente emancipadora (Breilh, 2013, p. 14).

A manera de resumen se presentan a continuación esos distanciamientos, tomados de (Morales-Borrero et al., 2013).

| Supuesto epistemológico | Determinantes de la salud | Determinación de la salud |
|----------------------------------|---|--|
| La sociedad es: | Sumatoria de individuos. | La salud es una totalidad no reducible a sus partes. |
| La sociedad se observa desde: | Perspectiva funcionalista. | Perspectiva crítica. |
| La enfermedad se considera como: | Principio de la homeostasis en la salud. Cualquier alteración es una desviación de la normalidad. | Relación dialéctica entre lo biológico y lo social. |
| La salud se relaciona con: | Preocupación por comprender contextos sociales de producción de la enfermedad, la posición social del individuo. La exposición y vulnerabilidad diferencial resultan en inequidades que visibilizan las relaciones de poder que afectan la salud. | Se centra en identificar relaciones de poder, dinámicas de acumulación de capital, patrones de consumo, falencias de los sistemas sociales y económicos, impactos culturales, concepciones de etnia, género, entre otros aspectos. |

Tabla 3. Apuntes sobre diferencias entre Determinantes vs Determinación. Fuente: (Morales-Borrero et al., 2013)

El debate frente a cómo explicar las causas de la enfermedad hoy día está en construcción. Sea el modelo de determinantes o de determinación puede criticarse que en ambos casos a los sujetos no se les otorga un papel relevante y se les da más importancia a factores socioeconómicos de orden estructural. En consecuencia, se dejan por fuera aspectos culturales como la configuración y pertenencia a un territorio, las nociones de identidad cultural, individual y colectiva o los procesos de historicidad familiar y comunitaria. Como bien manifestó el antropólogo Geertz en relación al no reconocimiento del papel de la cultura y hacia la generalización de supuestos “[...] *esta circunstancia hace extraordinariamente difícil trazar una línea entre lo que es natural, universal y constante en el hombre y lo que es convencional, local y variable. En realidad, sugiere que trazar semejante línea es falsear la situación humana o por lo menos representarla seriamente mal*” (1973, p. 45).

No obstante, que se haya logrado avanzar en la comprensión de que las enfermedades son procesos complejos por los que atraviesan los individuos y colectivos de las sociedades, hace pertinente el entender que operamos dentro de una esfera humana relacionada con ideas, imaginarios y concepciones (Menéndez, 2018). Y esa comprensión, permite ampliar la mirada y el rango de análisis.

7. El proceso de salud/enfermedad/atención como espacio antropológico

Como se ha logrado colegir, la epidemiología clásica presenta dificultades a la hora de caracterizar el comportamiento y las causas de las enfermedades crónicas o no transmisibles en el mundo actual. Sin embargo, positivo es que una consecuencia de los cambios teóricos relacionados con la perspectiva epidemiológica sea la posibilidad de configurar nuevos espacios donde otras disciplinas puedan aportar a la comprensión y búsqueda de soluciones desde un enfoque interdisciplinario e integrador.

Concretamente, comprender el lugar del paciente y sus experiencias, pone de manifiesto que los estilos de vida y la calidad de vida de una persona que padece una enfermedad crónica, es “[...] *una construcción del individuo que, como ser biopsicosocial, hace desde sus dimensiones física, social y emocional; en contraste con la continua interacción con su*

realidad. Es una valoración subjetiva, en la que se reflejan las vivencias que tienen los pacientes” (Achury et al., 2011, p. 55). Por ende, las personas, sus experiencias de vida y su constructo sociocultural poseen un rol fundamental en la forma en que asumen las enfermedades, a un punto en que sucesos contextuales, deberían ser considerados factores potenciadores de riesgos para el desarrollo de enfermedades crónicas o, por el contrario, operar como factores de protección. Ledón manifiesta que se vuelve necesario abordar las afectaciones derivadas de las enfermedades crónicas sobre las distintas esferas de la vida y reflexionar sobre sus *significados “[...] partiendo de reconocer la amplitud, variedad y heterogeneidad de las experiencias de salud como experiencias sociales, y, por tanto, sin pretender generalizar, aun menos absolutizar”* (2011, p. 489).

7.1. La Antropología como ciencia síntesis

Las enfermedades crónicas requieren comprender como la realidad de los pacientes y la forma en que configuran sus realidades y formas de ver al mundo inciden en el diagnóstico, terapéutica y pronóstico de cada persona; esto históricamente no ha sido una demanda ampliamente atendida a la hora de responder al llamado a estudiar estas patologías bajo categorías que propendan ahondar sobre las percepciones del paciente frente a su enfermedad. Lo dicho pone de relieve que estos procesos pueden variar de persona a persona, y estar muy relacionados con la experiencia de vida, el conocimiento que tengan sobre el sistema de salud, las prácticas económicas, el apoyo familiar o de los amigos, los recursos con los que cuenten para la atención de forma oportuna y el lugar de residencia. Los relatos de vida de quien padece o usa el sistema de salud, y el conocimiento que las personas ostentan sobre estas patologías no es inventariado sistemáticamente y mucho menos, es tenido en cuenta para generar modelos de atención basados en la práctica o en los conocimientos aprendidos y aprehendidos (Menéndez, 2008).

La bioantropología brinda la posibilidad de analizar a las enfermedades como una entidad más dentro de la comprensión del comportamiento social de los grupos humanos. Los estudios bioantropológicos permiten entender el funcionamiento de las enfermedades a nivel biológico y fisiológico, y más allá de ello, nos brindan herramientas con las que podemos

caracterizar el espectro sociocultural en el que se ubican las enfermedades, dotando a los hechos de la capacidad de ser explicados de una forma integral y a través de una mixtura de modelos de investigación cuantitativos y cualitativos (Tabares et al., 2012). Dentro de las ramas de interés de la bioantropología, se encuentra la antropología biomédica, la cual se centra en el estudio de los procesos de salud y enfermedad y su búsqueda principal tiende a medir el impacto de la enfermedad sobre los individuos o colectivos, amalgamando la biología y los aspectos socioculturales de cosmovisión y formas de entender o ver el mundo (Tabares et al., 2012). En ese mismo sentido, esa antropología biomédica puede llegar a encontrar semejanzas en los objetivos de interés de la antropología médica, dado que esta última entiende la salud como un ámbito de la cultura. Según Díaz y colaboradoras, esta subdisciplina

[...] estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud y sus problemas de salud. Tiene como objeto de estudio y análisis, los distintos sistemas, creencias y prácticas respecto a la salud y al proceso salud-enfermedad-atención en cualquier tipo de sociedad (Díaz et al., 2015, p. 657).

De otra parte, una de las ramas de la antropología médica, la etnomedicina, ha integrado a la discusión sobre los procesos de salud enfermedad/atención, conceptos como padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*). Dichos conceptos abarcan discusiones importantes que se relatan desde el discurso; así, *illness* hace referencia a la enfermedad en sí y hacia el padecimiento que genera, mientras que por su parte, *sickness* se asocia con un malestar producto de la enfermedad (*diseases*) y del padecimiento (*illness*); pero más allá de su proveniencia, connota fuertemente una asociación con la cultura, lo social y lo psicológico, dando prelación a las configuraciones y prácticas alrededor del proceso salud/enfermedad/atención (Boyle, 1996; Martínez, 2008).

En resumen, la antropología se convierte en una ciencia síntesis y en un puente entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, pues, por su concepción de la idea humana permite

incorporar al análisis del proceso de salud/enfermedad/atención aspectos relacionales entre las dimensiones singular, intermedia y estructural, además que reconoce y visibiliza la agencia de los sujetos. El verdadero reto, entonces, se encuentra en poder balancear las perspectivas una vez reconocidas sus necesidades (Oviedo et al., 2008). Teniendo en cuenta que *“para las Ciencias Sociales, explorar las prácticas y profundizar en las particularidades de los sujetos, nos ha permitido rescatar lo aparentemente impensado, el actuar de los sujetos «a pesar de» los procesos de estructuración social”* (Abadía-Barrero & Oviedo-Manrique, 2008, p. 68).

7.2. La etnografía en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención

La etnografía se convierte en un método de la Antropología y en una técnica cualitativa, que puede ser aplicado a las Ciencias de la Salud en amalgama con las Ciencias Sociales. Esta instrumentalización es totalmente válida, y más cuando el fin es generar una comprensión de la realidad y de la problemática de salud que incluya las posiciones de los sujetos. Como método la etnografía se define por ser

[...] el conjunto de actividades que suele designarse como "trabajo de campo", y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción. Los fundamentos y características de esta flexibilidad o "apertura" radican, precisamente, en que son los actores y no el investigador los privilegiados a la hora de expresar en palabras y en prácticas el sentido de su vida, su cotidianidad, sus hechos extraordinarios y su devenir (Guber, 2011, p. 19).

Así las cosas, desde la etnografía se pueden reconocer las particularidades y registrar las individualidades y sus relaciones dentro de una comunidad; por ende, con el método etnográfico no se busca suprimir a la cultura de otros hechos sociales como lo son la historia, las identidades y las configuraciones de territorio, sino que, se propende por integrar esos hechos, y posteriormente, reconocer que cada comunidad, grupo humano, o sociedad es diverso y por ende, sus sistemas de creencias, configuraciones identitarias y concepciones de la realidad son únicas (Kulnarong, 2012).

CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

8. Tipo de investigación

El estudio fue de carácter exploratorio y descriptivo, elaborado bajo una metodología cualitativa que tuvo por intención el reconocer la complejidad social del proceso salud/enfermedad/atención desde la comprensión subjetiva de la realidad de los sujetos (Vélez Restrepo, 2002). Para ello, se buscó poner en discusión la postura teórica frente a los datos obtenidos de la investigación en campo, por medio de una previa categorización y distribución de tópicos de análisis (Huberman & Miles, 1994).

9. Método de investigación

Teniendo en cuenta lo planteado por Sautu (2005), el método implementado fue el etnográfico; ya que puede recrear los comportamientos, las creencias, prácticas y conocimientos de una sociedad o grupo humano; aunque esto puede asemejarse a la finalidad de otros métodos, lo específico del etnográfico es su preocupación por los aspectos culturales, los cuales, al no ser debidamente atendidos por la epidemiología, se presentan como una posibilidad que permite el análisis sobre el conocimiento del comportamiento de las enfermedades, en especial de aquellas que son crónicas.

Del mismo modo, la etnografía permitió reconocer las experiencias de vida de las personas y observar el comportamiento de las mismas directamente en sus contextos y en interacción con el territorio y sus familiares. Y más cuando el método etnográfico como dimensión práctica de la antropología médica, “[...]permite analizar, desde cualquier fenómeno biocultural el relato de lo vivido de sus protagonistas con interés en los sentidos y los valores, con la “mirada” que sabe hacer extraño lo cotidiano y ve más allá de los acontecimientos, para así explicarlo [...]” (Díaz Bernal et al., 2015, p. 657).

10. Población

El municipio de Jardín, se encuentra ubicado al suroeste del departamento de Antioquia entre un ramal de la Cordillera Occidental y el río San Juan. Cuenta con un territorio inmerso en un relieve bastante quebrado, su topografía es montañosa; su temperatura promedio es de 19 grados centígrados y tiene zonas territoriales que se localizan en tres tipos de pisos térmicos: templado, frío y páramo (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019).

La altura de la cabecera municipal se encuentra a 1.750 msnm, y debido a la configuración topográfica de Jardín, el municipio tiene áreas que alcanzan los 2.950 msnm. En relación a las alturas y sus cambios en el relieve, se observan pendientes que van desde un 25% hasta incluso un 75% de gradiente, que generan distintos grados de dificultad a la hora de caminar o andar el territorio (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019).

La extensión total del municipio es de 224 km². La zona urbana ocupa 11,8 km² y la rural 212,2 km². Sus límites municipales son compartidos por el occidente con el municipio de Andes, al norte con el municipio de Jericó, al oriente con el municipio de Támesis y por el sur con el departamento de Caldas (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019). Cuenta con una extensión de 224 kilómetros cuadrados, y a 2018 posee un censo poblacional total de 13,516 habitantes según el DANE. Para la zona urbana se calculan 7.227 personas y para la rural 6.289 (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019).



Ilustración 4. Panorámica del Municipio de Jardín, tomada desde la Vereda La Herrera. *Fuente: Registro fotográfico personal.*



Ilustración 5. Relieve del municipio de Jardín y algunas veredas. Fuente: Google Earth

El área rural se divide en 21 veredas, así:

| # | Vereda | Tiempo de llegada a la zona urbana municipal en minutos | Tipo de transporte |
|----|-----------------|---|----------------------|
| 1 | Alto del Indio | 50 | Terrestre |
| 2 | Caramanta | 10 | Terrestre |
| 3 | Cristianía | 15 | Terrestre |
| 4 | El Tapado | 5 | Terrestre |
| 5 | Gibraltar | 25 | Terrestre |
| 6 | La Arboleda | 35 | Terrestre |
| 7 | La Casiana | 20 | Terrestre |
| 8 | La Herrera | 20 | Terrestre |
| 9 | La Linda | 30 | Teleférico |
| 10 | La Salada | 20 | Terrestre |
| 11 | La Selva | 30 | Terrestre |
| 12 | Macanas | 60 | Terrestre |
| 13 | Mesenia | 180 | Terrestre |
| 14 | Morro Amarillo | 30 | Terrestre |
| 15 | Quebrada Bonita | 25 | Terrestre |
| 16 | Río Claro | 40 | Terrestre |
| 17 | San Bartolo | 15 | Terrestre |
| 18 | Santa Gertrudis | 60 | Garrucha y terrestre |
| 19 | Serranías | 5 | Terrestre |
| 20 | Verdún | 15 | Terrestre |
| 21 | El Tormento | 5 | Terrestre |

Tabla 4. Listado de veredas del municipio de Jardín. Fuente: (Secretaría de Salud y Protección Social de Jardín, 2019).

En términos de actividades económicas la zona rural del municipio de Jardín deja ver una marcada prelación de la agricultura sobre cualquier otro tipo de actividad; esto puede verse relacionado con los tres pisos térmicos que posee el terreno y por la posibilidad de realizar distintos tipos de cultivos sobre tierras muy fértiles. De esos cultivos, el principal es el del café, seguido por el plátano, la caña de azúcar, el frijol y frutas como el lulo y las curubas. Otra actividad económica y generadora de empleo a nivel rural, son aquellas asociadas a las trucheras o la piscicultura. Del mismo modo, se evidencia un alto grado de acciones relacionadas con la explotación turística del territorio, pues en las zonas rurales se logran contabilizar diversos hoteles de tipo campestre y lugares para el esparcimiento (Concejo Municipal de Jardín, 2018). La población objeto de estudio pertenecía a la zona rural del municipio de Jardín. Previamente fueron diagnosticados con DVC y/o EAP y se contaba con sus datos para una rápida localización.

10.1. Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia por lo tanto, la selección de la muestra buscó características heterogéneas en los participantes (Scharager, 2001), considerando tres tipos de sujetos: pacientes, personal de la salud y médicos tradicionales.

10.1.1. Criterios de inclusión

Para pacientes diagnosticados con enfermedad vascular periférica:

- Ser hombre o mujer de entre los 25 y los 90 años.
- Vivir en zona rural del municipio de Jardín.
- Contar con diagnóstico de enfermedad vascular periférica fuera desórdenes venosos crónicos (DVC) y/o enfermedad arterial periférica (EAP), especificados en la base de datos de fuente primaria del proyecto de investigación *Factores de riesgo y prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y de los desórdenes venosos crónicos (DVC) en población rural del municipio de Jardín (Antioquia)*. Para DVC se consideraron personas diagnosticadas con venas varicosas e insuficiencia venosa crónica. Para la EAP, se consideraron pacientes con un índice de tobillo-brazo menor de 0.9.
- Aceptar la visita y la inclusión dentro del proyecto.

Para personal del área de la salud y funcionarios públicos:

- Ser profesional del área de la salud y conocer sobre la situación de las enfermedades vasculares periféricas en el municipio de Jardín.
- Gestionar y dinamizar políticas de salud pública en el municipio.

Para personas con conocimiento empírico sobre el manejo de enfermedades:

- Vivir en el municipio de Jardín, preferiblemente en zona rural.

- Aceptar la visita y la inclusión dentro del proyecto.

10.1.2. Criterios de exclusión

- Tener menos de 25 años.
- No haber hecho parte del proyecto de investigación mencionado líneas arriba
- Vivir en zona urbana. Si el paciente se había mudado a otra vereda o a la zona denominada como urbana, no se le excluía de la muestra, sino que, se indagaba el porqué de su cambio de domicilio a fin de relacionarlo con las categorías de análisis previamente definidas.
- No aceptar la visita o la inclusión en el proyecto.

Así las cosas, se obtuvo una muestra total de 47 individuos, mapeados como actores así:

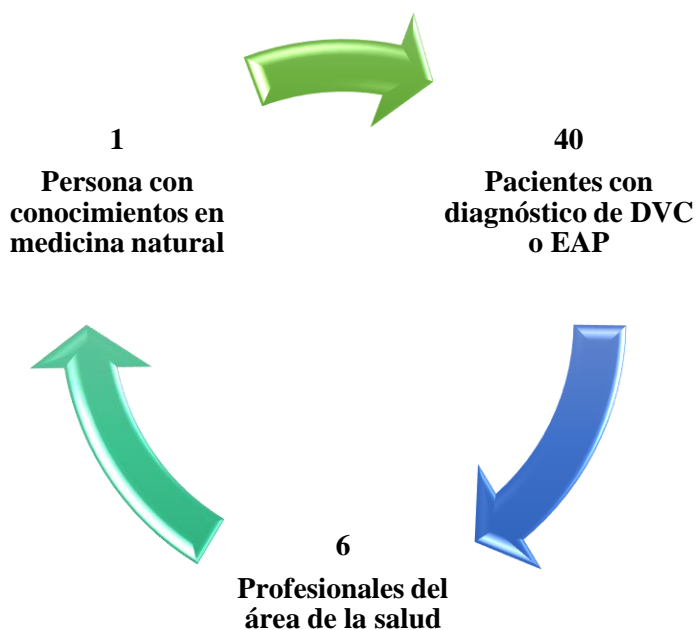


Ilustración 6. Muestra total del presente estudio

El trabajo en campo se sectorizó direccionando la mayor cantidad de visitas dentro de una misma vereda, dado que, las distancias entre zonas veredales eran amplias y el transporte, no necesariamente, era constante. Se visitaron en su orden, las siguientes veredas: Verdún

(sectores: Las Margaritas, Los Pinos y Verdún parte alta), La Arboleda (parte baja), El Tapado, La Herrerita, Monserrate (zona que es denominada por los habitantes como una vereda; pero que, en la división político-administrativa no figura bajo esa categoría) y Serranías. De los 40 pacientes, 37 vivían en zona rural del municipio y 3 se habían mudado a zona urbana recientemente. Los 6 profesionales del área de la salud vivían en la cabecera urbana; estos últimos tenían alguna relación con el manejo y gestión de la salud pública en el municipio de Jardín, la persona que manifestó conocimientos empíricos en el manejo del dolor y tratamiento de enfermedades se localizaba en zona rural. 16 participantes tenían diagnóstico de insuficiencia venosa crónica –IVC–, 17 de venas varicosas –V.V. –, 6 de los anteriores tuvieron concomitancia de IVC o V.V con un índice tobillo-brazo –ITB– disminuido y 7 fueron diagnosticados con telangiectasias.

DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE ACTORES

| <i>Sujetos de estudio</i> | | | | | |
|---------------------------|----------------------|------------|-------------|------------|------------------|
| VEREDA | PARTICIPANTES | IVC | V.V. | TLG | ITB ≤ 0,9 |
| <i>Verdún</i> | 22 | 6 | 10 | 4 | 3 |
| <i>El Tapado</i> | 4 | 1 | 3 | 0 | 2 |
| <i>La Herrerita</i> | 6 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| <i>Monserrate</i> | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| <i>Serranía</i> | 6 | 2 | 4 | 1 | 0 |
| Total | 40 | | | | |

Tabla 5. Conteo de pacientes entrevistados con insuficiencia venosa crónica (IVC), venas varicosas (V.V.), índice tobillo-brazo menor a 0.9 (ITB ≤ 0,9) y telangiectasias (TLG).

| <i>Actores relacionados con el área de la salud</i> | |
|--|----------------------|
| CARGO | PARTICIPANTES |
| <i>Funcionarios del área de la salud</i> | 4 |
| <i>Médicos practicantes de medicina tradicional</i> | 1 |
| <i>Profesional de atención en tiendas naturistas</i> | 1 |
| Total | 6 |

Tabla 6. Conteo de profesionales del área de la salud a nivel municipal entrevistados.

Como se observa en las siguientes gráficas el total de la muestra de pacientes previamente diagnósticos con EVP, el 73% (29) fueron mujeres y el 27% (11) hombres. Con respecto a la situación laboral de los hombres entrevistados, 7 se desempeñaban como agricultores, 3 no podían trabajar dada su condición de salud y 1 se encontraba pensionado. Con relación al grupo de mujeres de la muestra, 27 eran amas de casa, 1 trabajaba en una guardería y 1 en una tienda.

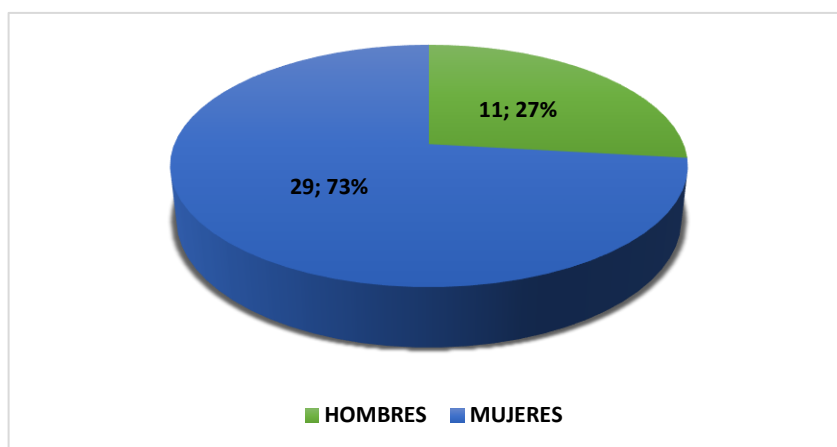


Ilustración 7. Distribución de la muestra por sexo.

Según grupo de edad el 12,19% de los individuos se ubicó en el rango de edad entre 25 a 35 años, 4,87% en el rango de 35 a 45 años, 12,19% en los 45 a 55 años, 29,26% entre 55 a 65 años, el 31,70% entre los 65 a 75 años y el 9,75% para los individuos con edades entre 75 a 80 años.

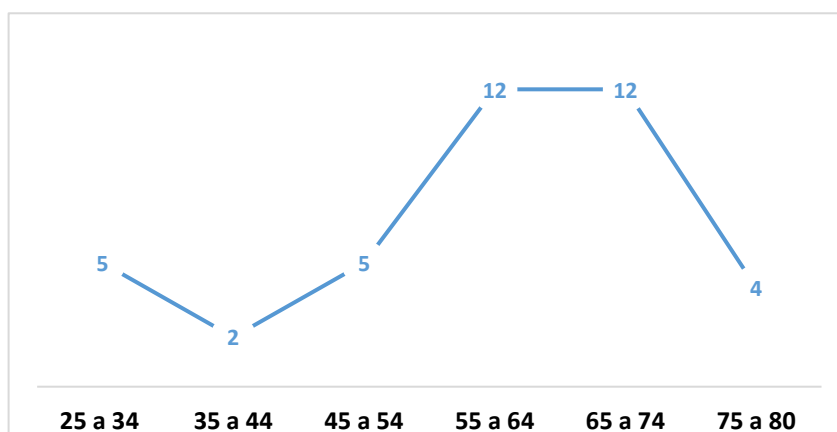


Ilustración 8. Distribución de pacientes con EVP por rango de edad.

De acuerdo al estrato socioeconómico el 21,9% de la población perteneció al estrato 1, el 70,7% al estrato 2, el 4,8% al estrato 3, y el 2,4% no reportaba estrato.

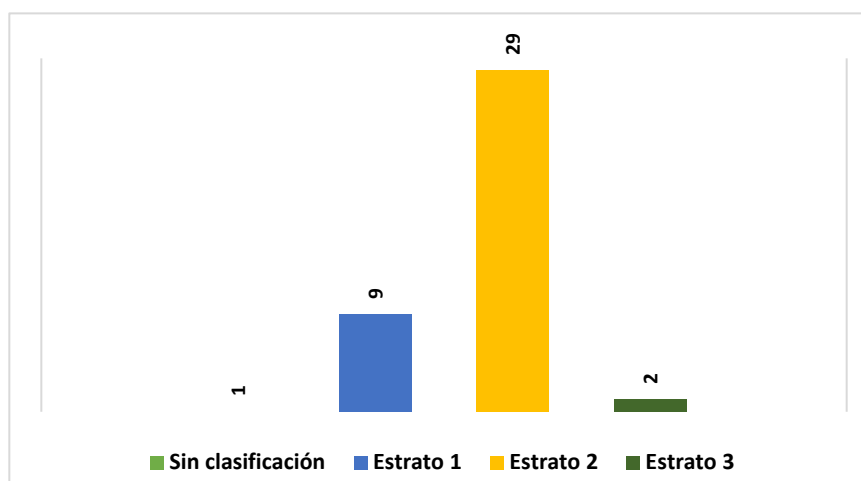


Ilustración 9. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico.

El nivel de escolaridad más frecuente fue la primaria con un 70,31%, seguido por la secundaria con 26,82% de los casos; por último, quienes afirmaron no tener ningún nivel escolaridad correspondieron al 2,43% de los casos.

11. Técnicas e instrumentos de recolección de la información en campo

El proyecto de investigación partió del hecho de considerar que los modelos causales propuestos por la Epidemiología no son suficientes para comprender el carácter dinámico y relacional en el que se inscribe el proceso salud/enfermedad en las personas. Por lo tanto, se propuso una modificación al modelo de Determinantes Sociales de la Salud, con la finalidad de darle al fenómeno de estudio la posibilidad de ser entendido desde análisis bioantropológicos y bajo la perspectiva del método etnográfico.

11.1. Postura teórico-metodológica

El trasfondo teórico se viene abordando desde el capítulo anterior; no obstante, en este nivel se definen conceptos claves que fueron nodales para la implementación del trabajo de campo.

Se realizó una adaptación al modelo de determinantes sociales del proceso salud/enfermedad (Solar & Irwin, 2007) como base para el posicionamiento teórico-metodológico, sosteniendo la perspectiva de las 3 dimensiones de dicho modelo: una de corte singular que apunta hacia a conocer variables que caracterizan y condicionan la salud del individuo; otra de orden intermedio que describe variables del ambiente cercano que hacen notoria la relación entre los individuos y su entorno; y una última denominada estructural que analiza la complejidad de los vínculos sociales, históricos, culturales y políticos de los individuos, comunidades e instituciones y su forma de permear la salud de las personas.

La adaptación del modelo de los DSS se realizó a partir de fuentes bibliográficas, iniciando con la revisión de distintos enfoques que históricamente han estudiado las causas de la enfermedad sin constreñirse a lo meramente biológico (Blumer, 1969; Mariño S. & Hernández, 1998), tal como lo propone la Medicina Social Latinoamericana, la epidemiología crítica y la antropología médica. Se adicionaron perspectivas relativas a las Ciencias Sociales y Humanas, provenientes desde la antropología, los estudios socioespaciales, la ética y la sociología, que permitieran abordar la complejidad de los significados de la salud que pueden estar amalgamados en contextos o circunstancias concretos (Blumer, 1969).

Por otra parte, siguiendo a Breilh (2015) se incluyó una perspectiva que plantea la búsqueda de “[...] pilares de la visión de una geografía distinta que es una geografía integral, una geografía no física, no de localizaciones empíricas, geográficas, sino de una geografía en movimiento y ligada al sistema social que la condiciona” (2015, p. 536). Es así, que el análisis espacial se realiza a partir de comprender el vínculo entre la producción social del espacio (Lefebvre, 2013) y la producción cultural.

Se propuso una relación de conceptos que previamente se entendieron como factores condicionantes de los procesos de salud/enfermedad/atención con el fin de estructurar un esquema metodológico compuesto por una serie de preguntas para conocer la realidad contada por los pacientes y sujetos del estudio. De este ejercicio resultó un mapa de categorías que presenta, por un lado, los enfoques revisados y, por el otro, las categorías que

se revisaron en campo. En esencia, el mapa cuenta con 3 dimensiones amplias que provienen de la propuesta de los DSS (singular, intermedia y estructural), 5 enfoques que fungieron como postura teórica, 10 categorías sugeridas desde la revisión bibliográfica y complementadas con los datos en campo; por último, 32 tópicos que fueron abordados por medio de técnicas etnográficas como la observación participante, las preguntas de carácter semiestructurado y un taller de cartografía social. Del mapa se derivaron dos listados de preguntas: una para el personal del área de la salud o con conocimiento del manejo de la enfermedad y otra para los pacientes del proyecto (ver anexos 2 y 3).

11.1.1. Dimensión 1: Singular

Analizar esta dimensión implicó un entendimiento de los comportamientos de los sujetos y de la coherencia entre lo que decían y lo que hacían (Guber, 2011). Por ende, fue primordial atender la narración que emitían los individuos (Masana, 2013, p. 255), e intentar llevarlos a través de la palabra a que se vieran a sí mismos frente a sus acciones, y desde allí, motivarlos a que indagaran el porqué de ese accionar, pues, “[...] *narratives are always edited versions of reality, not objective and impartial descriptions of it [...] and interviewees always make choices about what to divulge*” (Riessman, 1990, p. 1197).

En términos generales, esta dimensión permitió tener un panorama de cómo se concebía y vivía la enfermedad, cuáles eran sus comportamientos y prácticas habituales y cómo influían en el trámite de su dolencia. Hablar de sí mismos y de su enfermedad no fue fácil, por lo que se requirió observar a los sujetos de estudio en sus viviendas y en la labor de lo cotidiano para generar espacios en los que las personas se sintieran cómodas (Masana, 2013). En este nivel se pretendió entender las ideas, imaginarios y concepciones sobre lo que significaba estar enfermo o sano, cómo sobrellevar las dolencias, cómo tramitarlas y como los pacientes se relacionaban con su entorno y con otras personas que, en el momento de la etnografía, hacían parte de su proceso y que servían como cuidadores o apoyo.

Esta dimensión, se relacionó con el entendimiento del individuo sobre aspectos relacionados con la biología misma, la etiología y el diagnóstico de su enfermedad, la localización del

dolor y la percepción de signos y síntomas, los antecedentes de enfermedades, las comorbilidades y en general, los imaginarios y conceptos sobre el estado de salud del paciente.

Del mismo modo, en el nivel del individuo se ubicaron los *estilos de vida* como propone entenderlos Possas (1989) en de Almeida Filho & Rouquayrol (2000) es decir: “[...] remite a las formas social y culturalmente determinadas de vivir, que se expresan en conductas, tales como la práctica de deportes, dieta, hábitos, consumo de tabaco y alcohol” (p.165). Por su parte, los estresores psicosociales propuestos desde la teoría de la epidemiología social y su enfoque psicosocial en el cual autores como Cassel (1976) y Wilkinson & Pickett (2006) plantean que experimentar entornos con características dispares o inequitativos a varios niveles, en especial el social, deriva en que los individuos comiencen a comparar sus circunstancias de vida con la de otras personas, generándose pensamientos y sensaciones negativas que terminan por causar estrés y desgaste de los estados de salud.

La *calidad de vida* se comprendió como las percepciones propias del sujeto sobre la posición que ocupa dentro de los contextos culturales y del sistema de valores en el que se halla inmerso, frente a lo que espera lograr, lo que le preocupa o lo que le normativiza (Botero & Pico, 2007). En ese sentido, el concepto: calidad de vida se torna multidimensional y se complejiza toda vez que “*incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros*” (Botero & Pico, 2007, p. 11). Entonces, la calidad de vida debió revisarse entre lo individual y lo comunitario para comprender cómo las personas dinamizaban su diario vivir y cuáles eran los significados que le otorgaban a este concepto. Yendo un paso más allá *la calidad de vida en salud*:

[...] se centra en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar

general. Las dimensiones fundamentales son: el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social (Lizán Tudela, 2009, p. 411).

Así la *calidad de vida en salud* moviliza los estados de salud del sujeto, sus síntomas, sus percepciones y sensaciones frente a lo que espera como parte de su vida.

11.1.2. Dimensión 2: Intermedia

Esta dimensión consideró el *entorno familiar o comunitario* donde se encontraban las personas que cuidan o respaldan a la persona en caso de enfermedad, así como las instituciones u organizaciones que considera podían ayudarlo. Para acercarse a esta dimensión, resultó útil obtener el *itinerario terapéutico* de los pacientes describiendo los lugares a donde se acudía en caso de enfermedad. Así mismo, permitió conocer los factores familiares, económicos y culturales que influyen o condicionan a los itinerarios (Augé, 1986; Janzen, 2002; Menéndez, 1996).

Dentro esta misma dimensión se abordó el concepto de *autoatención*, el cual siguiendo a Menéndez (1990) es una práctica socialmente difundida y que se constituye como el primer nivel verdaderamente real de atención. Para Goldberg (2010), esta práctica se basa en “[...] *en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios, y en el que no interviene directamente un curador profesional*” (2010, p. 146). También se abordaron los *modos de vida* y su vinculación con la predisposición a padecer o no enfermedades. Si bien, los modos de vida incluyen los estilos de vida, para Breilh (2010) el estilo es individual y los modos son colectivos. En el presente trabajo esos *modos de vivir* fueron entendidos como momentos o espacios de la reproducción social los cuales se enmarcaron de la siguiente manera:

Uno es el espacio del trabajo, donde uno desarrolla el trabajo, la actividad productiva. Otro es el espacio del consumo, el espacio doméstico, el espacio de la movilidad, por donde uno se transporta, cómo uno hace para

la reproducción de su condición de sujeto social. Una tercera dimensión sería el espacio organizativo, político, los soportes comunitarios familiares que existen, que es toda la vida política, la vida organizativa, de vinculación alrededor de intereses y proyectos históricos que pueda tener un grupo. Un cuarto espacio sería el espacio de la cultura, donde se construye la identidad, la subjetividad, las visiones del mundo. Y finalmente el espacio ecológico, el espacio ecosistémico donde uno se mueve (Breilh en Revista Trabalho, Educação e Saúde, 2015, pp. 537-538).

El rol social advirtió, siguiendo a Mead en Carabaña & Lamo (1978), resalta la importancia de los procesos subjetivos internos en la interacción con procesos conscientes externos, por lo que los individuos tienen la capacidad de transformar o subvertir el medio social en el que se desenvuelven. Dentro de los tópicos de esta dimensión tuvieron cabida el bienestar social, desde la definición que daban las personas sobre el concepto en términos comparativos con la calidad de vida (Ossa Ramírez et al., 2005).

En la misma línea estuvo el enfoque del *cuidado al cuidador* como categoría afín de las formas en que las personas que cuidan a una paciente manifestaron que preocupación por el cuidarse a sí mismos y por desarrollar factores de protección para que una enfermedad no derive en otra, pues ya es sabido por estudios realizados en la temática que la enfermedad de la persona a la que se cuida puede desencadenar estrés y otras enfermedades psicoafectivas en el cuidador (Crespo & López, s. f.; Ganjiwale, Sharma, & Mishra, 2016; McNaughton, Patterson, Smith, & Grant, 1995; Posner et al., 2015).

11.1.3. Dimensión 3: Estructural

Esta dimensión ahondó en las causas de la enfermedad considerando las desigualdades en términos de salud en una población al igual que la posibilidad de reivindicación política, ética y cultural de procesos configurativos del estado de salud (Breilh, 2013), que frecuentemente se observan por fuera de la injerencia directa de los individuos. Desde este nivel las dimensiones individuales e intermedia entraron a expandir el horizonte de asociación y de

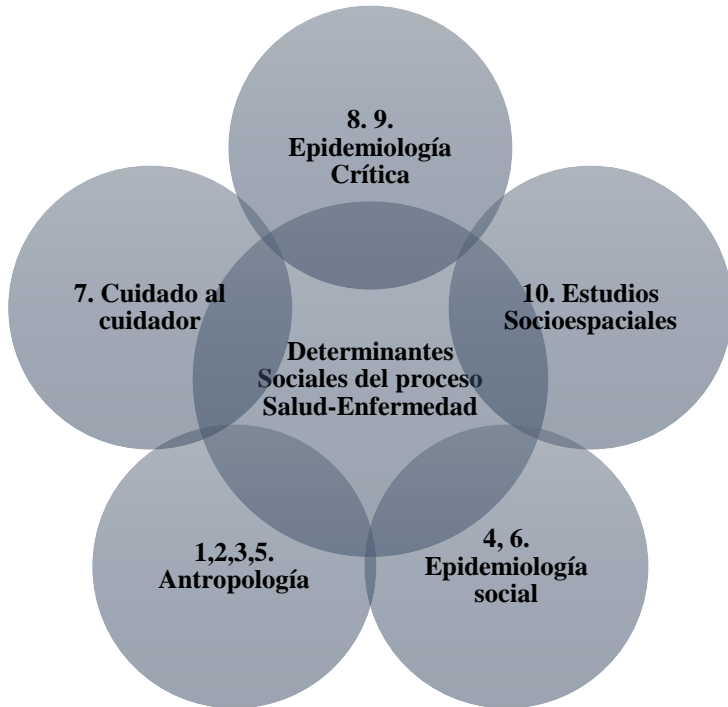
análisis desde factores causales de orden estructural (Madariaga Araya, 2008; Morales-Borrero et al., 2013) que afectan a gran escala al conjunto social.

Se consideraron factores que explicaran las desigualdades e inequidades resultantes de los procesos de salud/enfermedad; se indagó por las condiciones de accesibilidad al sistema de atención sanitaria, los costos y la calidad en la atención, por la vinculación de los enfermos crónicos a programas de promoción de salud y prevención de enfermedades y por la posibilidad de una asociación problemática entre el género y la atención recibida por parte de los pacientes. También, se hizo una aproximación a los contextos socioculturales y económicos que dominan la esfera de la salud y de los esquemas de creencias y valores que dinamizaban las formas en que las personas atendían sus dolencias.

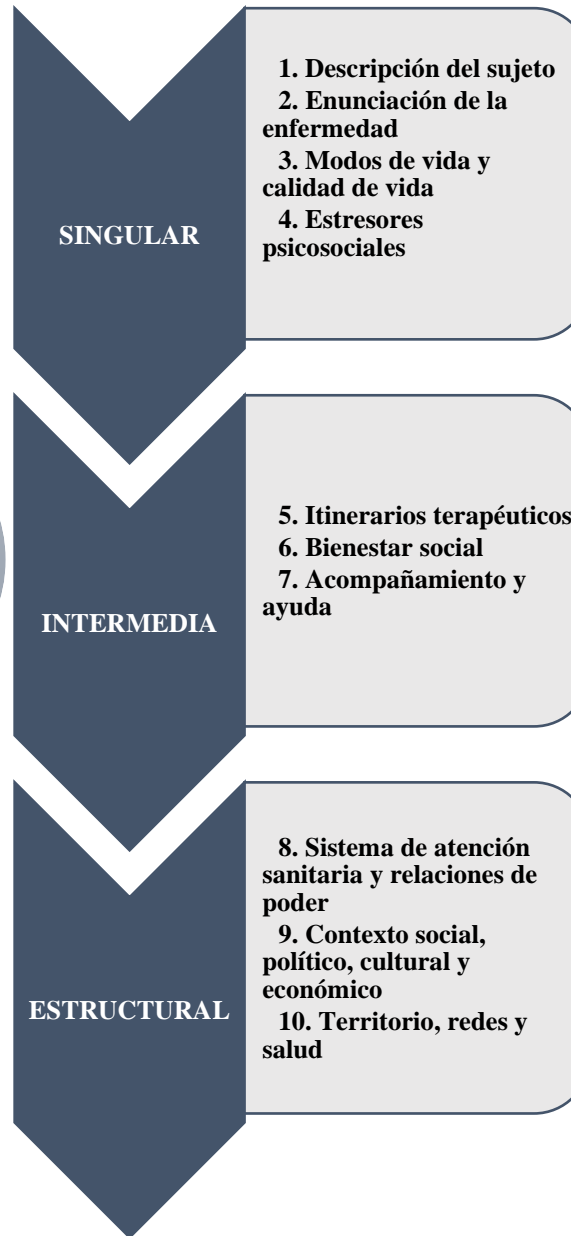
Se finalizó el análisis con el abordaje de la situación de salud desde un enfoque socioespacial, donde se buscó identificar la relación entre el territorio rural, la identidad campesina y la cultura frente a los estados de salud. Se le dio relevancia en este nivel al describir el uso de los medios de comunicación en la atención de enfermedades y en la promulgación de programas sobre prácticas saludables.

Ilustración 10. Modificación al modelo de determinantes sociales del proceso salud/enfermedad. *Fuente: Elaboración propia, bajo la asesoría del tutor del trabajo de grado.*

ENFOQUES



CATEGORÍAS



TÓPICOS

| | |
|---|---|
| <p>1. Descripción del sujeto 2. Enunciación de la enfermedad 3. Modos de vida y calidad de vida 4. Estresores psicosociales</p> | <p>1. Datos personales 2. Diagnóstico de la EVP 2. Localización del dolor 3. Hábitos alimentarios y de salud 3. Estilo de vida saludable 3. Edad y predisposición a la enfermedad 3. Salud física 3. Ocupación y movilidad 4. Antecedentes de enfermedades familiares 4. Comorbilidades 4. Salud mental y estructura personal</p> |
| <p>5. Itinerarios terapéuticos 6. Bienestar social 7. Acompañamiento y ayuda</p> | <p>5. Búsquedas de diagnóstico y tratamiento 5. Estrategias orientadas a mitigar la enfermedad 5. Lugares de atención de la salud, métodos alternativos y medicina occidental 5. Autoatención y manejo del dolor por parte del paciente y sin asesoría médica 5. Percepción de la atención sanitaria y adherencia al tratamiento 5. Conocimientos sobre factores de riesgo 6. Percepción del bienestar social 6. Afectación del rol social de los individuos por causa de la enfermedad 7. Soporte familiar/redes de apoyo</p> |
| <p>8. Sistema de atención sanitaria y relaciones de poder 9. Contexto social, político, cultural y económico 10. Territorio, redes y salud</p> | <p>8. Accesibilidad, costos y calidad de la atención en salud 8. Participación en actividades de promoción y prevención y educación en salud 8. Imaginarios relacionados con el género y el autocuidado 8. Espacios de interlocución sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad en zona rural 8. El papel de la intersectorialidad en la atención de enfermos con EVP o crónicos 8. Conocimiento sobre derechos y deberes al hacer parte de los sistemas de salud 9. Creencias religiosas y esquema de valores 9. Identidad campesina y salud 9. Disponibilidad de recursos económicos 9. Ingresos económicos y gastos por enfermedad 10. Aspectos socioespaciales de las desigualdades en salud 10. Medios de comunicación y salud</p> |



ETNOGRAFÍA

12. Recolección de información

La información se recolectó en una fase de campo de 10 días, desarrollada durante el mes de julio de 2019. Los datos se recogieron a partir de entrevistas semiestructuradas y cartografía social. Ambas técnicas apuntaron a conocer la perspectiva de los sujetos de estudio estando inmersos en su cotidianidad para realizar observación participante en el día a día del grupo de personas participantes en el estudio (Guber, 2011).

12.1. Entrevista semiestructurada

Dando por sentado que el sentido de las relaciones sociales se expresa a través de discursos y acciones que tienen su espacio en el acontecer diario y que, aparecen bajo la forma de historias, conversaciones, anécdotas y entrevistas, narraciones, estas se convirtieron en la vía más expedita para que la gente hablara de lo que sabía, pensaba, conocía o creía y, en consecuencia, fueron la fuente primaria de más relevancia en el estudio de campo (Guber, 2011).

Para la investigación se optó por efectuar entrevistas semiestructuradas, las cuales se realizaron a partir de un guion organizado con tópicos derivados del análisis bibliográfico realizado durante la etapa de revisión documental; esto posibilitó que las impresiones discursivas de la persona entrevistada, se suscitara desde el mismo sujeto y no un direccionamiento elaborado por el investigador (Guber, 2011).

Siguiendo a Puerta (2015) el tipo de entrevista fue conversacional, ya que admite espontaneidad y un mayor grado de naturalidad, proporcionando la posibilidad de identificar los “puntos de inflexión” del discurso, ya que el entrevistado en la conversación enfatiza sobre temáticas específicas y retoma reminiscencias que le parecen transcendentales en su vida y en relación al suceso que relata. Así, el guion de entrevista se convirtió en un “[...] *propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades*

pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los implicados” (Vélez, 2002).

El primer contacto con los sujetos de estudio se hizo mediante llamada a los números de celulares de aquellos individuos que cumplían con los criterios de inclusión. En la llamada se les extendió la invitación a participar de este nuevo proceso, explicándoles el objetivo y la técnica de recolección de información. Al manifestar su disposición de hacer parte de la investigación, se concretaba la visita, la cual se hacía directamente en su vivienda el día siguiente.

Con los profesionales del área de salud, se decidió visitarlos directamente en el lugar de trabajo, así: Hospital Gabriel Peláez Montoya, Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, Tienda Naturista Cardeño y Consultorio de Medicina Tradicional del Dr. Jorge Rodríguez. Para el caso de la persona con conocimientos empíricos en el manejo de la enfermedad se decidió visitarla en su vivienda ubicada en la Vereda Verdún. Al llegar a las casas se procedía a explicar la dinámica de la conversación y se leía a viva voz el documento que contenía el consentimiento informado (Anexo 1), el cual era firmado por los sujetos si se encontraba de acuerdo, el entrevistador y un testigo del proceso.



Ilustración 11. Hospital Gabriel Peláez Montoya. *Fuente: Registro fotográfico personal.*



Ilustración 12. Tienda Naturista del municipio de Jardín. *Fuente: Registro fotográfico personal.*

12.2. Cartografía social

La cartografía social es una metodología de investigación participativa y colaborativa que promueve la reflexión alrededor de un espacio físico y social (Vélez, Rátiva & Varela, 2012). En ese sentido, al ser una metodología que se trabaja por lo regular en campo, se concibe como una técnica dialógica (Fals Borda, 1987). Entonces, siguiendo a Restrepo y colaboradores (1999), con la cartografía social, se partió de aceptar que cada persona tiene conocimientos valiosos, independientemente de su formación, su religión, su edad o sexo. La información que cada persona brindaba unida a la de los demás generaba pensamiento y conocimiento “[...] *Se trata, en síntesis, de una forma de trabajo dinámica y divertida que permite formar consciencia del espacio que se habita, del tiempo en que se vive, del entorno natural y cultural, próximo y lejano y, al mismo tiempo, construir un nuevo concepto colectivo de necesidad y de responsabilidad social*” (Restrepo et al., 1999, p. 2).

Desde la realización de cartografías el territorio es susceptible de ser entendido como el lugar más inmediato que habitamos incluido el cuerpo; dentro de él crecemos, nos movemos, generamos arraigos e identidad; somos por el territorio que conocemos y el territorio es lo que sobre él construyamos (Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo, 2017). Bajo esta idea la territorialidad permite identificar al cuerpo como parte del territorio

que construimos y reconocemos. Así las cosas, se planteó desarrollar un taller que diera respuesta a dos tipos de cartografías: la primera, se denominó cartografía corporal del dolor, y la segunda, como mapeo de itinerarios terapéuticos.

El primer ejercicio cartográfico emergió como iniciativa derivada de los métodos cualitativos que propenden por comprender la biografía de las personas. Esta técnica, sin embargo, no encuentra sus orígenes en las ciencias sociales, sino que hizo parte de los diagnósticos de enfermedades corporales y mentales en Argentina y se les ha denominado como Mapas fantasmáticos (Silva et al., 2013). Aunque esa no es la única empleabilidad que puede dárseles, lo que se pretendía con este tipo de mapas corporales dentro de una cartografía social fue incentivar a que el individuo dibujara sobre un modelo de su cuerpo sus sensaciones, discursos y configuraciones construidas a partir de la vivencia de su recorrido por la salud/enfermedad/atención. Por lo anterior, la dirección que se le dio al taller permitió construir esos mapas relacionándolos con los datos obtenidos de las entrevistas.

El segundo ejercicio cartográfico propició en los participantes del taller la posibilidad de volver sobre esos lugares e itinerarios terapéuticos en donde recibieron atención en salud. En esta vía, se indagó por los lugares tanto espaciales como corporales que se configuran en las vivencias del día a día alrededor de la sintomatología de las enfermedades vasculares periféricas. Desde este enfoque, se intentó comprender cómo se perciben las dolencias desde la concepción del cuerpo y su relación con el entorno.

La actividad de cartografía social se realizó en la vereda Verdún, sector La Concentración, en las Aulas Luis Fernando Lalinde. Como resultado se obtuvieron 12 mapas corporales del dolor y 1 mapa con los lugares de atención de la salud. El taller se llevó a cabo en dos horas, durante la primera hora se realizó la actividad de mapas corporales y para la segunda hora, el mapeo de lugares.

13. Procesamiento de los datos y técnicas de análisis

Las entrevistas y el taller de cartografía se grabaron, se sistematizaron y se transcribieron literalmente en formato de texto, conservando tonos afectivos, silencios, olvidos y recuerdos, risas, llantos, entre otras acciones. En la medida de lo posible, se buscó guardar la fidelidad de las palabras de los participantes tal como eran expresadas. En términos técnicos, las entrevistas fueron sistematizadas en una hoja de cálculo en Excel, donde cada pestaña del archivo correspondía a una categoría y dentro de ellas se indicaban los tópicos mencionados anteriormente en el apartado número 8; las preguntas que se relacionaban con el tópico se representaron como variables por columnas, las respuestas dadas por los sujetos de estudio eran entradas por filas y de ellas se tomaba el fragmento transcrito que se vinculaba con el tópico. Todo fragmento fue leído a la luz de las teorías y enfoques tomados del apartado teórico metodológico de este capítulo y siguiendo los procesos propuestos por (Huberman & Miles, 1994) realizando, a grandes rasgos, 3 fases:

- 1.** Selección de datos y determinación de categorías de análisis. Esta labor se realizó anticipadamente y se refinó durante el trabajo de campo. Dejó como resultado la modificación al modelo de determinantes sociales del proceso salud/enfermedad. El refinamiento de categorías se inició una vez recolectados los datos en campo mediando la elaboración de un diario con anotaciones sobre categorías emergentes o precisiones sobre las ya existentes.
- 2.** La sistematización de los datos y la información recopilada en campo se condensó en carpetas dentro de un Drive, numerándose y codificándose por técnica utilizada y se revisaron bajo la idea de elaborar descripciones en diario de campo y anotaciones libres sobre lo observado.
- 3.** Los dos puntos anteriores, permitieron tener documentos con anotaciones a manera de observación y análisis que revisados en términos de la postura teórico metodológica se constituyeron en los resultados y la discusión del presente documento. La escritura de esos dos apartados se derivó de un ejercicio de búsqueda de significados en los datos por medio del contraste, la búsqueda de patrones o temas repetitivos.

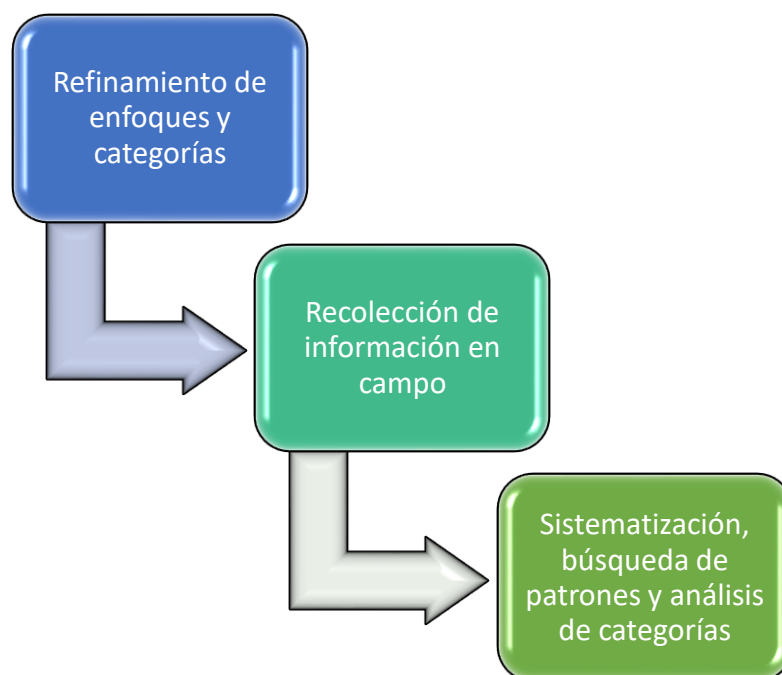


Ilustración 13 - Resumen procesamiento de los datos y análisis. *Fuente: Elaboración propia a partir de Huberman y Miles (1994).*

En resumen, la implementación teórico-metodológica consistió, como ya se expresó previamente, en la modificación al modelo de determinantes sociales del proceso salud/enfermedad y su puesta en marcha en campo derivó en el manejo de 6 enfoques distintos provenientes desde la revisión teórico-metodológica. El reconocimiento en campo de 3 dimensiones intangibles; pero susceptibles de ser capturadas por los medios indicados en la metodología y que provienen de la revisión teórica y que abarcan lo singular, lo intermedio y lo estructural del proceso de salud/enfermedad/atención a partir de una metodología etnográfica con 10 categorías de análisis, 32 tópicos problematizables que derivaron en 2 bancos de preguntas con 96 interrogantes, y que fungieron como insumos para el análisis categórico realizado a partir de Huberman y Miles (1994).

CAPITULO IV: RESULTADOS

14. Descripción de los resultados

El siguiente capítulo presenta la información recolectada durante el trabajo de campo, retomando la sectorización por dimensiones que propone el modelo de DSS y sintetizando la tendencia en las respuestas y relatos dentro de temáticas más generales. Es importante mencionar que, este ejercicio no olvida las contraposiciones y los desencuentros en las respuestas; por el contrario, se parte de considerar la diferencia como un ejemplo de la diversidad de concepciones y prácticas sobre la salud, la enfermedad y la atención de la enfermedad crónica y, específicamente, de la enfermedad vascular periférica.

14.1. Dimensión I: Singular

14.1.1. El sujeto habla de sí y de su enfermedad. Enunciación subjetiva del origen, síntomas y desarrollo de la enfermedad vascular periférica (EVP)

Para las personas entrevistadas hablar del porqué se enfermaron y la etiología de sus dolencias fue hacer memoria, adentrarse en sus recuerdos y presentarlos como un continuum en el que, por lo general, se identifica un momento específico con el que se daba inicio a la enfermedad, tanto así que suele ser narrada una fecha concreta del inicio de la afección. También se hacía mención a la actividad que les rememoraba la aparición del primer síntoma o del signo más contundente para ellos. El siguiente fragmento de entrevista resalta lo dicho:

“[A: Mi señora cuénteme entonces... ¿Se la ha diagnosticado alguna enfermedad de las venas, las arterias o del corazón?] De corazón sí. [A: ¿Qué enfermedad se le diagnosticó?] Yo tuve, a mí me hicieron un cierre de un CIA [A: ¿Eso hace cuánto fue?] Eso fue en el 2016. [...] Los primeros síntomas fue el dolor de cabeza y parálisis facial, de hecho, todavía tengo un poquito, usted no me ve, pero yo sí lo siento, la lengua se me puso súper pesada, inmovilidad en este lado de las extremidades, en el pie tanto en la pierna [A: ¿en la izquierda?] Sí. [A: ¿Se le dormía o se le inmovilizó?] Sí, inmovilizada. La mano y el pie; porque es que a mí me llevaron al médico en moto y yo me estaba inclinando mucho para este lado [señala su costado izquierdo] cuando yo llegué ya al consultorio iba arrastrando este pie y la mano la tenía muy caída. [...] Eso fue en el transcurso del día, porque estos síntomas, los últimos que le estoy mencionando, fueron ya lo último, que fue cuando el médico dijo usted tiene tal cosa, pero yo al principio los primeros síntomas, del mareo, del dolorcito de cabeza, el vómito fueron por la mañana tipo 8:30 o 9:30 de la mañana me levanté al baño y con muchos deseos de vomitar; pero no me salía nada... yo,

yo sentía como iba a vomitar pero nunca vomité; pero, los síntomas en la mano, la lengua, yo mediatamente sentía que la lengua se me adormecía, no era capaz de hablar, ya hicimos viaje para el hospital para ir donde el médico general, yo le manifesté todos esos síntomas al médico general y el muy querido me dijo usted no tiene nada, váyase para su casa a descansar y alimentarse bien. [...] Eso fue lo que hice, vine almorcé, me tomé un acetaminofén y me recosté, y ya por la tarde volví a recaer el dolor de cabeza y ahí sí vomité todo y ya empezó esta mano, a ponerse más pesada la cara, dicen algunos, de hecho, que me vieron, que cuando yo estaba en el hospital ya tenía la cara caída. [...] [A: ¿Y anteriormente a todo lo que me cuenta de esa sintomatología que fue muy aguda y se desarrolló muy rápido, en algún momento usted sintió alguna molestia semanas antes o incluso un mes antes?] Años. Hace muchos años tipo 10 -12 años, a mí me dio algo similar hace muchos años, pero nunca me lo estudiaron para llegar al diagnóstico que llegaron en ese entonces que sí me llevaron para la León 13, que a mí me estudiaron todo, todos los días haciéndome de exámenes allá, casi un mes y lo que tenía era un CIA” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

La mujer del anterior relato fue operada en dos ocasiones a causa de CIA, que, según Morales, et al. “[...] *es la cardiopatía congénita acianótica más frecuente en la edad adulta [...], que representa un 7% de todas las anomalías cardíacas y puede manifestarse a cualquier edad, a veces asociadas a otros trastornos genéticos*” (2008, p. 180).

En cuanto a qué pudo originar la enfermedad, las referencias, aunque expresadas de variadas maneras, coinciden. Las mujeres asociaron el inicio de sus padecimientos con las largas horas de pie en la cocina o durante las labores domésticas, con los dolores menstruales, la paridad, el consumo de pastillas anticonceptivas y en especial, al trabajo que realizaron en su juventud, el cual solía estar coligado a las tareas de recolección en cosechas como las curubas y el café.

“[...] si yo brego cuidarme y brego, hay veces, hacer hasta lo posible por hacer una cosa, pero me pongo mal, mal con cualquier rato que me quedé mucho parada” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP y DVC, 65 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Y usted qué cree que pasó? ¿Que por qué se le inflamaban las piernas?] Pues no, sería por la tenida de los hijos ¿O qué? No sé bien. [A: ¿Tuvo muchos hijos?] 5 hijos. [A: ¿Y tuvo algún inconveniente en los partos?] Con el ultimo sí, sí con cesárea, me tuvieron que operar rápido porque mi niño lo iba a abortar, se me iba a venir así, y se iba a venir, se iba a morir ahí adentro, el doctor me lo saco más bien de 7 meses, fue sietemesino, porque el doctor que le tocó, el me lo saco, chiquitico” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 63 años, entrevista, 2019).

“[A: Mi señora, ¿Usted en algún momento planificó con pastillas anticonceptivas?] Todo el tiempo que planifiqué después de que tuvimos a Liliana. [A: ¿Y notó en algún momento que esas pastillas anticonceptivas le hacían doler las piernas más?] Sí, y se me notaba mucho en las varices, después de tomar esas pastas. A: Se le brotaron las varices, le dolían las piernas y la cabeza. Sí, la cabeza. [A: ¿Y en algún momento fue tanto ese dolor que

dijo yo no tomo más esas pastillas?] Sí, no las volví a tomar por eso” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 65 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Y Cuando tomaba pastillas sentía que le dolían las piernas?] Sí, claro, [...] después de la relación me daba así siempre ese dolor en las piernas o cuando tenía el período me dolían las piernas [...]” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 73 años, entrevista, 2019).

“Hace mucho tiempo, desde casi desde soltera porque nosotros nos manteníamos para allá y para acá, acaloradas, descalzas nos íbamos a jugar a las mangas, a una cosa, a la otra, nos metíamos al agua, llegábamos juagadas de sudor, eso depende de eso, que uno no se cuida” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 71 años, entrevista, 2019).

“Por el sol porque yo no me cuidaba del sol igual a mí me tocaba mucho trabajar con el café yo salía revolver café y era mucha en varias partes y yo salía y hasta entraba después de estar en ese sol hasta me descalzaba aquí adentro y ese piso mojado y yo por no ensuciar el piso me quitaba los zapatos y pisando ese frío tal vez por eso pudo haberseme producido lo que me da” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP y DVC, 64 años, entrevista, 2019).

Por su parte, los hombres tuvieron mayor predilección por indicar que creen que la enfermedad puede ser hereditaria, haciendo referencia inmediata a miembros de sus familias que pasaron por asuntos de salud similares. Asimismo, opinaron que el mayor detonante de la enfermedad vascular periférica y del dolor en sus piernas, fueron las actividades que deben realizar en el campo, pues, si era necesario trabajaban bajo lluvias o pasaban largas jornadas caminando y estando de pie.

“Creo que eso es herencia. A: ¿Quién más tuvo en su familia? La mamá, el papá fueron operados de las venas, tiene una hermana también, que el pie es morado con esas venas horribles, que ya no tiene remedio del dolor, le duele, y ese pie se negrió” (Responde la esposa de Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, de 73 años, entrevista, 2019).

“Con el cambio de temperatura cogí fuercecita, pero yo por allá en La Floresta no podía, tenía que pedirle el hombro a ella para entrar al baño. [A: ¿Y usted sintió mejoría al venirse a un clima más templado?] Con el cambio de clima cogí fuerza claro [...] me duele más cuando cojo la cementera para hacer algún mandado” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 67 años, entrevista, 2019).

En resumen, el origen de la EVP para los habitantes de la zona rural de Jardín, tiene 6 posibles causas: 1. Cambios de temperatura bruscos, 2. Exceso de trabajo, 3. Los partos, 4. Demasiado tiempo de pie, 5. Consumo de medicamentos anticonceptivos y, 6. Factores genéticos.

Los relatos comienzan a hacerse más amplios, y se dotaron, por parte de los pacientes, de una nostálgica comparación entre el antes y el después de la enfermedad. El antes se relacionó a la juventud y la vigorosidad y el después fue relatado como una consecuencia de los años, de la forma en que habían vivido o viven o de un evento traumático relativo a la enfermedad;

asimismo, los pacientes sugerían causas sobre el por qué la edad se vinculaba con sus dolencias, demarcando el cambio en sus vidas desde la aparición de la enfermedad y la edad, reflexionando que no necesariamente la edad es lo que envejece, lo que envejece es la enfermedad.

“Porque es que precisamente hoy estaba hablando con alguien de ese tema, es que ya nuestro cuerpo no responde igual como hace tantos años, es que yo me acuerdo... Yo recuerdo por ejemplo alguna situación como de yo jovencita me subía a un árbol a coger alguna fruta, ah yo me quería subir al coco más alto y yo alcanzaba, ya no, yo estiro la mano para coger una cosa si es que soy capaz de subirme al árbol a coger una fruta a mí ya me duele por aquí de pronto eso influye” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

“Sí. [...] porque uno de joven se desmanda mucho, por ejemplo, uno no toma vitaminas, uno no se cuida casi y ya uno llega a una edad donde, donde el cuerpo ya no se tomó esas vitaminas ni hizo nada por su salud, entonces el cuerpo empieza a desgastarse y se siente uno ya enfermo” (Mujer de Jardín sana o con Telangiectasias, 34 años, entrevista, 2019).

“No, pues no creo, o será porque pues, por ejemplo, yo digo que más no enferma la edad, [...] ya que los abuelos digan que, entre más viejo, más cansado, porque a ellos les tocó una época de que trabajaban demasiado y no tenían sus actividades normales, pues de descanso ni nada, sino que era todo el día trabaje y trabaje. [A: ¿Y tú crees que te vas a sentir igual dentro de unos años?] No, porque no me ha tocado tanto trabajo como ellos” (Mujer de Jardín sana o con Telangiectasias, 27 años, entrevista, 2019).

De otra parte, fue bastante claro que los pacientes sabían enunciar su dolor, mostrarlo, moverse, pararse y enseñar con gestos sobre sus cuerpos aquello que les dolía o que les ha molestado durante mucho tiempo. De allí se nota una tendencia a contar sus síntomas en términos que pueda comprender el interlocutor, usando metáforas o comparaciones bajo la intención de reflejar hacia el otro lo que significaba su dolor.

“[...] cuando camino muy rápido, sí me arden mucho y aquí en la coyuntura pues como atrás de la rodilla es como un hormiguelo y un ardor que hay veces que me tengo que parar, descansar, estirar y seguir” (Mujer de Jardín con telangiectasias, 34 años, entrevista, 2019).

“Yo siento hormiguelo, calambres, se me hacen unos nudos así en la pierna (se agarra las manos una con otra y las aprieta hacia dentro fuertemente) uno por aquí (suelta las manos y señala las piernas) como una bola como una piedra y eso es el dolor impresionante eso” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 73 años, entrevista, 2019).

“Como a veces que me chuza, otras veces como que no me soporto y ahí si me tengo que sentar porque no aguanto el dolor en la planta del pie” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 58 años, entrevista, 2019).

“Nooo, el dolor es impresionante, es tan impresionante que uno pide que le mochen a donde sea, de los dolores que le dan a uno” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 73 años, entrevista, 2019).

Como se lee, era recurrente la mención del dolor en piernas y pies, de la rodilla para abajo o atrás en la pantorrilla, expresiones que según lo que ellos comentan sentir no implica que los galenos lo comprendan así, pues, suelen considerar sus dolencias primero como problemas musculares y después de varias consultas es que les hablaban de una posible enfermedad vascular (Fragmento tomado de diario de campo, 2019).

Con respecto a las prácticas relativas a la enunciación de la enfermedad y sus síntomas pudo observarse que las personas, aunque conocen su dolor porque su cuerpo lo vive, no saben nombrarlo una enfermedad concreta y esto implicaba que desconocieran el diagnóstico que tienen o a que lo agrupen, genéricamente, dentro de lo que ellos denominan mala circulación. Los pacientes solían relacionar la palabra vascular con un dolor en las piernas que puede llegar a deberse a distintas patologías.

“A ver yo que le dijera, pues los médicos dicen que yo tengo mala circulación, bueno a ver qué más de eso, pues solamente que tengo mala circulación y ya” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 73 años, entrevista, 2019).

“Pues, me decían que eran problemas de mala circulación” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 63 años, entrevista, 2019).

Del mismo modo, se puede indicar que no recordaban con claridad, bien sea, el nombre de los medicamentos que tomaban para atender el conglomerado de enfermedades que padecen, los horarios en que debían tomarlos o no sabían distinguir la pastilla frente a la razón concreta para la cual les fue recetada; también hay quienes sí conocían sus medicamentos más la razón para tomarlos resultaba genérica, es decir, al recetárselos un médico inmediatamente los tomaban, aunque los considerarán innecesarios. Cuando el paciente es muy mayor, solía manifestar que el depósito de la información relativa a la ingesta y control del tratamiento pasaba directamente a la persona que les cuida, trasladando la responsabilidad del conocimiento sobre la enfermedad a un familiar o cuidador.

“Estoy tomando... (mmm) los nombres se me olvidan ella es la que se sabe los nombres. (Se levanta y va a buscar las pastillas y comienza a intentar leer el nombre) Porque, si vea,

mire estas son las que tomo en el almuerzo, el día domingo me salgo tomando 7 con una de estas rojas, [...] ¿en el día? ¡En el almuerzo! [...] en el día vea me levanto me tomo la de la tiroides, la de la presión, la de la gastritis, acetaminofén, de codeína, eh, como es que se llama la otra, la vitamina D, la Colchichina, en las horas de la mañana, y el día domingo, no, no, tomo el día miércoles cada 8 días tomo otra también diferente” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 76 años, entrevista, 2019).

“No yo lo único que tomo así de medicina, vuelvo y le digo, como para los dolores o cuando uno, cómo es que se llama eso, tanta droga que hay... si, son droguitas para uno cuando uno se cansa” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 56 años, entrevista, 2019).

“Yo tomo Metformina, me pongo Insulina y tomo Enalapril que es para la presión. [...] ... ah y la de la tiroides todos los días tomó la de la tiroides, [...] ¿Cómo es que se llama esa pastilla chiquita rosada? (dice mirando a su hija y esta responde desde la cocina: Lovastatina)” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 63 años, entrevista, 2019).

Los síntomas para las personas que participaron del estudio fueron muy similares: dolor, enrojecimiento e hinchazón de las piernas, cansancio, sensación de pesadez que se ve incrementada por las tardes, y que, en muchas ocasiones, les imposibilitaba continuar con sus actividades, asegurando que les ha tocado aguantar el dolor porque nadie hará lo que les corresponde hacer a ellos.

“Si yo brego cuidarme y brego hay veces hacer hasta lo posible por hacer una cosa pero me pongo mal, mal con cualquier rato que me quede mucho parada o mucho sentada o acostada yo me pongo mal, yo me pongo que yo no puedo, es un dolor en todo el cuerpo que no me hallo, sobre todo en la cintura, la espalda y aquí en las caderas, yo me pongo días que yo no puedo mejor dicho prácticamente andar, de no tanto el dolor tan fuerte ,sino que entonces que coge aquí las caderas y las piernas aquí es un dolor profundo horrible y ese dolor de espalda porque como yo tengo desviación de columna también y cada vez estoy ya peor. Entonces yo no aguanto, no aguanto estar de pie ni haciendo las actividades normales. Si yo me pongo a hacer algo, ay yo me pongo para reventarme y al momentico me tengo que sentar me tengo que ir a recostar no sé entonces me descompongo toda entonces eso es lo que me da mucha tristeza que yo no pueda hacer nada” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 65 años, entrevista, 2019).

“[...] y si me pongo una bota por ahí una hora, quítesela pues, ahí el tobillo ahí mismo se hincha. Sí, es que es muy difícil hacer las cosas del día a día así” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP y DVC, 67 años, entrevista, 2019).

14.1.2. Percepciones sobre los estados de salud

La salud fue definida, por los participantes del proyecto, como una condición integral y resultante de los hábitos de vida que han adquirido, del cómo se sienten y de cómo están las personas a quienes aman. En general, la conciben como una sensación físico-mental de bienestar. Tanto así, que llegan a pensar que el estado óptimo de salud debe ser permanente

a diferencia de la enfermedad que, según lo que dicen, debería aparecer como un suceso, un momento que empieza y acaba ojalá lo más rápido posible, lo cual en el caso de las enfermedades crónicas implica que sientan demasiada afectación en su calidad de vida, ya que el inicio y fin no puede ser predecible. Por su parte, la enfermedad es descrita como una condición en la que se sienten disminuidos, la plenitud desaparece y toma su lugar el desasosiego. En sus palabras, la salud es:

“Vivir tranquilo y comer bien y dormir bien” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 65 años, entrevista, 2019).

“Eso es lo mejor que puede tener uno en la vida, la mejor riqueza, [...] para mí personalmente pienso, que la salud es lo primordial porque lo demás sobra, lo que es la plata o, todo hace falta, pero primero que todo la salud, para mí es lo más valioso que puede tener uno en la vida” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 76 años, entrevista, 2019).

“Pues para mí, yo pienso que eso es uno sentirse como alegre, feliz, porque tiene más o menos buena salud, pienso yo como que es algo así” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP y DVC, 60 años, entrevista, 2019).

“No sentir nada de dolor...” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

“Todo... uno estar sano es tener vida, salud, amor, preocupación por las demás personas que de pronto lo necesiten a uno, que le digo yo, y pues ser atento con los que llegan, para mí de todo eso salud” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 59 años, entrevista, 2019),

“Trabajar y salir a andar” (Hombre de Jardín sano, 71 años, entrevista, 2019).

Por otra parte, la enfermedad los entrevistados la definieron como:

“[...] tristeza, vivir uno como acongojado diario, pensativo, como digamos uno bien enfermo y tanto que hacer y sin poder” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP, 60 años, entrevista, 2019).

“Estar enferma... como que le da uno depresión, uno piensa pues, así como en alguna enfermedad y le da como depresión” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP y DVC, 77 años, entrevista, 2019).

“Estar incapacitada de no poderse mover uno o tener uno una tristeza que también puede ser una enfermedad, y que cuántas veces también lo dificulta a uno para funcionar” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC y EAP, 56 años, entrevista, 2019).

“No pues, no poder hacer nada” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 60 años, entrevista, 2019).

“Enfermo es que uno no quiere que nadie lo vea, estar en la cama, que no le gusta comer, que le da pereza un ruido” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 59 años, entrevista, 2019).

La enfermedad para los que la padecen no es solo una cuestión de biología o algo meramente corpóreo, sino que se amalgama con fibras íntimas del ser. Por lo que al enfermar durante mucho tiempo puede haber un derrumbe del constructo personal y la identidad que tiene el sujeto de sí mismo, ya que, la enfermedad, para ellos, tiene una fuerte base vinculada a las emociones y al pensamiento. El estado de salud y su autodefinición, dependía de cómo se sentían y de cómo se veían de manera integral, tal como lo comenta el siguiente paciente:

“[...] yo ni de día ni de noche dormía y ahora últimamente estoy echando sueñito. [A: ¿Pero por qué no dormía? ¿Por la misma enfermedad?] Porque yo primero era de hacha y machete y ya no soy sino de pala, pala cama ya enseguida” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 67 años, entrevista, 2019).

Desde otra perspectiva, dentro de esta definición del estado de salud, la conciencia del cuerpo sucede cuando este duele, cuando manifiesta dolor o cuando deja de hacer algo que podía hacerse con normalidad.

“Mientras caminaba con mi guía de campo, le pregunté: ¿Cuándo has sentido tu cuerpo? Ella contestó, luego de permanecer en silencio unos segundos: “Cuando estoy enferma, cuando estoy muy cansada y no puedo hacer algo recuerdo que tengo un cuerpo (risas)” (Nota personal, diario de campo, 2019).

Si la conciencia del cuerpo aparece al enfermar, entonces, surge la duda de cuándo empezamos a cuidar de nuestra salud. Ante esto los entrevistados manifestaron que al enfermar fue el momento en que más llegaron a pensar en cuidarse y que, en la juventud el cuerpo era básicamente olvidado, pues se le cree lleno de fuerza y energía; de ahí que el cuidado se obvia, hasta que un evento patológico lo pone como una necesidad.

“[A: ¿Cuándo usted estaba más joven se cuidaba igual que ahora o ha notado algún cambio en esa forma de cuidarse con el tiempo?] No, yo primero no me cuidaba, ahorita me mantengo haciendo cositas para mantener regulado el estómago por ejemplo yo antes comía, comía y come y come lo que sea y a cualquier hora” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

“No pues de soltero uno si hacia ejercicio, uno jugaba futbol pues ya uno ya está más en el hogar, ya se descuidó, ya uno solamente el ejercicio del trabajo” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 45 años, entrevista, 2019).

“¿Y por qué cree que no tenía cuidado, autocuidado o no le prestaba atención a la salud o a la enfermedad? Ah descuido de uno, ignorancia de uno, y ahora que uno ya ve cómo le va mermando mucha cosa uno dice: no haber hecho eso” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC y EAP, 64 años, entrevista, 2019)

“[A: cuando usted estaba más joven póngale por allá 30-20 años ¿Usted se cuidaba igual que ahora o no estaba tan pendiente de su salud?] No, la verdad es que no. [A: ¿Y por qué cree usted que pasaba eso?] Porque uno joven es más digamos más vicioso, más trasnochador, uno le tira la salud como si nada fuera y ya uno después si es cuando le pesa ya porque uno debiera de haberse cuidado harto al principio en esa edad porque apenas uno está empezando” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP y DVC, 60 años, entrevista, 2019).

Durante el taller de cartografía social los participantes caracterizaron su dolor a partir de la siguiente guía mnemotécnica: rojo representaba el dolor constante, en sus palabras: “el que nunca se va”; el color amarillo era para los lugares corporales que duelen esporádicamente y el color verde se asignó para esas partes del cuerpo que consideran sanas o sin dolor.

Los resultados que se relatarán a continuación permiten ligar las partes del cuerpo que duelen con los síntomas y signos corpóreos que son causados por enfermedades vasculares o sus comorbilidades. La tendencia se centró, en el caso de las mujeres, en marcar con rojo o amarillo a las piernas, pies, cabeza y esternón, mientras que de verde coloreaban las manos, el antebrazo y el rostro. En el caso de los hombres la tendencia fue colorear con rojo y amarillo los brazos y las piernas; de color verde pintaron la cabeza, la espalda, el esternón y área estomacal.

14.1.3. Modos de vida en la praxis del autocuidado

La relación del estado de salud y las causas de la enfermedad se asociaron con los hábitos alimenticios, la ausencia de deporte y la poca consistencia a la hora de sobrellevar un estilo de vida saludable. Se pudo evidenciar que al ser interrogados acerca de cómo debía llevarse una vida sana, las respuestas eran concretas y similares; dos respuestas modelo podrían ser las siguientes:

“Tener un buen régimen en todo, la comida, en la dormida, en la tranquilidad en la estabilidad y depende mucho también de cómo los hijos, como se dice eso, como los hijos logran sentir a uno” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC y EAP, 54 años, entrevista, 2019).

“No, pues, comer bien, descansar más, más descanso creo yo, porque es que uno siempre se mantiene es esforzado por el trabajo” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

Empero, al observar el comportamiento de las personas entrevistadas, era fácil inferir que lo hablado no implicaba, necesariamente, coherencia con los comportamientos, pues, al preguntar si el estilo de vida que llevaban era saludable, las respuestas demostraban lo contrario, *verbi gratia*:

“[...] y vea yo digo hija, que muchas veces uno mismo se encarga de dañarse el organismo porque uno muchas veces se exagera en alimentos que no se puede comer. [A: ¿Cómo cuáles por ejemplo?] Por ejemplo, como yo, hace como 5 meses me hicieron una colonoscopia y que me detectaron tengo una úlcera tamaño familiar entonces a mí me mandaron a que yo no puedo comer ni mucha grasa, ni mucho chocolate, me quitaron muchos alimentos. [A: ¿Y se está cuidando entonces?] No, yo muchas veces me exagero y ese es el dolor que me da, yo misma veo que yo tengo la culpa, entonces yo por ejemplo yo dije, yo misma soy capaz de curarme, yo con aquella mata de penicilina, la yerbabuena y la romaza, yo me voy a empezar a tomar eso y yo sé que la herida cicatriza porque si a usted una herida le cicatriza fuera, por dentro mayormente” (Mujer de Jardín con conocimientos sobre medicina natural, 72 años, entrevista, 2019).

Una de las cosas que más les suele afectar durante la enfermedad, por el dolor, son los ritmos de vida que antes se llevaban. Las personas dejaron de hacer deporte con regularidad, y los hábitos de salud a causa de ausencias en la movilidad terminaron por agravarse; esto lo entienden y los entristece, pues, lo ven como un círculo vicioso del que no pueden salir fácilmente. A la larga esto termina por ser un impedimento más para tener una vida saludable. Al menos, comer bien no es difícil para ellos, dado que, cosechan en sus mismas casas y dan

predilección a las frutas y vegetales; no obstante, se ha notado, según lo que comentan los entrevistados, un aumento en el consumo de comidas o carnes frías traídas desde el pueblo, por la facilidad en su elaboración y la mayor presencia de tiendas que las vendan a muy bajos precios (Fragmento de diario de campo, 2019).

Ahora bien, para los pacientes la salud es el resultado de la manera en que se ha vivido; más que la incidencia de la edad o de factores hereditarios. El cómo se vive es un detonante importante para la aparición de la enfermedad y en general, para el estado de salud que se pueda tener, como bien lo resume uno de los sujetos entrevistados:

“Yo diría que depende de la constitución de las personas, porque por lo regular, a medida que los años van pasando, de pronto le van apareciendo enfermedades a las personas, muy poquitos nos damos el lujo, pues, de llegar a una edad avanzada bien sanos, pues a la mayoría los años van, los años y también los modos de uno vivir, lo que es el cigarrillo, el licor todas esas cosas contribuyen también a ser peor” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 76 años, entrevista, 2019)

“[A: ¿Crees que tener un mejor estilo de vida saludable te ayudaría con lo del colon irritable y con el dolor en las piernas?] Sí claro, porque supongamos, a uno de por sí el médico le dice no coma tanto grano o así y muchas veces uno por tener solo en la casa eso uno come eso, pero no teniendo la forma de cuidarse de pronto con otros productos u otros alimentos lo haría, claro” (Mujer de Jardín sana, 34 años, entrevista, 2019).

14.1.4. Comorbilidades y estresores psicosociales

Tal como lo describieron los participantes del proyecto, las enfermedades crónicas se acompañan de problemas psicosociales que se pueden relacionar con otros procesos que no estén estrechamente ligados a la dolencia vascular. Sucesos como la pérdida de un familiar, el desarraigo que produce el desplazamiento, los efectos de la violencia en el país, los eventos traumáticos a nivel corporal y el dolor crónico, derivan en el desarrollo de otras enfermedades que afectan la salud mental de las personas. A la enfermedad vascular periférica, se le suman cargas adicionales, tal como se infiere de la siguiente conversación con dos pacientes del proyecto que son esposos; el señor se encuentra diagnosticado con DVC y EAP, mientras que la señora tiene diagnóstico de DVC.

“[...] Cuando ya se me llevaron las mulas apenas conseguí 4 y ya no es mular sino caballar y también arrastrar, pero después de que se las llevaron esa depresión me ayudó cuando se me llevaron las bestias [A: Ahh, cuando se le llevaron las bestias ¿Se deprimió?] Claro. [A: ¿Estuvo mucho tiempo así triste, decaído?] Siempre, siempre tuve, cuando ya salí a

una feria ¿Cuánto vale ese macho? Dos millones ¿Cuánto vale esa mulita? Un millón ochocientos y a los guerrilleros no le gusta sino eso, la caballería no le gustaba, pa' uno meterle dos millones a una mula pa' que vuelvan... [A: ¿Para que vuelvan y se la lleven?] Y otra, las cosas cuando mataron a Benjamín y a Darío me llamaron a la 1:30 los guerrillos y la depresión que me dio fue: si le encontramos celular paga con la vida. Entonces todo eso trabaja en la memoria. [A: ¿Eso fue allá en La Floresta?] Sí. Entonces, esta estaba en Medellín [Señala a la esposa] y me requisaron la casa y a los hijos le encontraron el cosito así con que pinta labios, lo examinó, volvió y lo puso donde estaba y hasta luego, pero la depresión se quedó... ese negro muy alto entonces me asustó, de ahí pa' lante veía un negro y yo me escaramuceaba. [La esposa comenta: Comenzaron a medianoche a requisar la casa y a decirles que habían dejado dos sapos en la Y]. A la 1:30 y es a Benjamín y Darío. [A: ¿Y también por esa razón ustedes migraron de La Floresta para acá?] [La esposa comenta: Sí porque ya él empezó enfermo entonces ya dijimos que... los muchachos se fueron de la casa, y ya él pues no podía trabajar, yo le dije entonces mejor dejamos esta finca]. A: [La depresión qué, perdón.] La depresión no deja vivir. [A: No deja hacer nada. ¿Y usted ya está saliendo de eso?] Nojo, eso pues se quedó grabado lo poquito que quedó, quedó ya ahí". (entrevista, 2019)

Los resultados también arrojaron datos que relacionan la salud o la enfermedad con el tipo de personalidad. Aquellas personas que suelen autodefinirse como tranquilas opinan que este carácter les ayuda a manejar y regular emociones que pueden afectar su salud; mientras que aquellos que se autodefinían por contraste como ansiosos o temerosos, percibían que este comportamiento podía jugar en su contra la hora de atender su enfermedad, a un punto en el que resultan sobredimensionándola por generar preocupación a futuro, máxime cuando consideraban que de ellos dependen otras personas. Si bien, tal dependencia puede dar fuerza para enfrentar el dolor, también posibilita la aparición de ansiedad o estrés.

“Pues yo creo que el que vive estresado y el que vive mortificado, esos se enferman más que el que vive tranquilo, me imagino pues yo” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 65 años, entrevista, 2019)

“[...] Es como mi mamá, mi mamá se enferma y ella se pone a pensar “que vea, que lo que me llegó, que tal” y, entonces eso también le influye o todo eso le puede despertar otras enfermedades a uno de tanto pensar, entonces influye” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 40 años, entrevista, 2019).

“[A: Entonces ¿Usted cree que los estados de ánimo influyen en la salud?] Sí, todo, todo, si eso influye porque es que eso todo depende, a mí se me mete que todo eso viene del sistema nervioso, porque si usted está muy preocupada le da algo y si está muy alegre también” (Mujer de Jardín con conocimientos en medicina tradicional, 72 años, entrevista, 2019).

En relación a esto, los profesionales del área de la salud del Hospital del municipio comentan, ante la pregunta por si han visto que a partir de las enfermedades crónicas las personas

desarrollen enfermedades psicosomáticas debido a esa misma cronicidad de la enfermedad subyacente, y lo que responden es así:

“Sí, la verdad es que muchos de los pacientes que tenemos en P y P (Programa de Promoción y Prevención) están también con estabilizadores del ánimo precisamente pues como que uno sabe que todo lo que sea enfermedad cardiovascular es algo que los como que predispone a que tiene que estar tomando medicamentos o aplicándose medicamentos todos los días y para ellos eso es como no como un castigo sino como algo que los limita para hacer muchas cosas en la vida diaria como que a yo no puedo hacer esto porque tengo que aplicarme la insulina, no puedo hacer esto porque me tengo que tomar la pastilla de la presión entonces si los afecta mucho anímicamente” (Profesional de salud 1, entrevista, 2019).

“Sí, también los he visto que los pacientes se ven perjudicados anímicamente por eso, porque digamos que hay pacientes que les gusta hacer deporte, ya con enfermedades cardiovasculares, la diabetes, si son insulina requirente o algo ya se ven muy limitados a poderlos realizar como les gustaría y todo esto influye bastante en el estado de ánimo” (Profesional de la salud, 2, entrevista, 2019).

Pocos entrevistados relacionaron las comorbilidades de tipo psicosocial o metabólicas, que manifiestan tener, con sus síntomas corporales de enfermedad vascular periférica. De hecho, no creen que exista asociación alguna entre, por ejemplo, la hipertensión, la diabetes y el sobrepeso con el dolor en sus piernas. Tampoco, asumen vinculación entre la aparición de sus primeros síntomas y el diagnóstico de alguna comorbilidad. Del mismo modo, no enlazan a sus dolencias otros padecimientos crónicos que sufren como: hipotiroidismo, hipertiroidismo, gastritis, colon irritable, ansiedad o depresión (Fragmento de diario de campo, 2019).

14.2. Dimensión II: Intermedia

14.2.1. Itinerarios terapéuticos en la búsqueda de la salud

La búsqueda del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico implica tomar decisiones que, por lo general, se concretan en conversaciones con familiares, amigos, vecinos o con los mismos médicos. Sin embargo, esa toma de decisiones se torna problemática cuando el diagnóstico es difícil de conseguir o implica sendas visitas al médico o diferentes médicos. De igual forma, se logra inferir de lo manifestado por los entrevistados que la búsqueda de un diagnóstico se puede ver interrumpida o postergada porque los sujetos prefieren auto atenderse en casa y recurrir a un médico en los momentos en que ellos mismos lo consideren

necesario. Este comportamiento es más fácilmente observable en los hombres, los cuales, tienen preferen esperar a que el dolor los obligue a tomar medidas para ir al médico.

“Vea póngale pues cuidado, que eso da como piedra, uno no tiene salud para resistir toda la paciencia que ellos tienen, vea la señora adonde la tienen, que unos ratos que la mandan pa’ acá, que un mes, uno sin plata pa’ el pasaje, qué tiene que ver el chofer con el enfermo, pa’ allá y pa’ acá. [...] y usted va para allá y le mandan cualquier ibuprofeno que eso no le conviene, lo que es más barato porque la más cara no le venden a uno los remedios Entonces a qué a qué va a pagar uno consulta para no servir. [A: ¿Se va a seguir aguantando poco a poco el dolor?] Sí, porque ya tengo mucha experiencia en eso, va uno donde un médico le manda un ibuprofeno, y ya y listo, queda uno organizado y vuelve para la casa si es capaz, si no, no” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 67 años, entrevista, 2019).

Por su parte, las mujeres, aunque se auto atienden, toman más acciones sobre esa elección, pues, intentan tratar sus dolencias con plantas o remedios caseros mientras que, esperan lo que consideran un tiempo prudente para ir a Urgencias o a la EPS.

“[A: En cuanto le empezó el dolor ¿Fue rápidamente al médico o se demoró varios días en ir?] Me demoré. [A: ¿Y porque se demoró?] Ah, porque soy muy descuidada (risas). [A: ¿Pensó que de pronto se le podría quitar solo?] Ah sí” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 76 años, entrevista, 2019).

“[A: Cuando has tenido molestias en tu cuerpo ¿A dónde te diriges para que te den tratamiento?] Pues, cuando ya es un dolor muy fuerte al hospital, aunque también, pues mira uno a veces se automedica. [A: Cuando te automedicas qué medicamentos usas]. De pronto yo he tomado dololel, acetaminofén, ya, pues también u otra pastilla que de pronto en la farmacia le brinden a uno. [A: ¿Y por qué te automedicas antes de ir al médico?] Porque uno piensa que eso es algo pasajero, pues que con un medicamento puede parar el dolor” (Mujer de Jardín con Telangiectasias, 34 años, entrevista, 2019).

La percepción sobre la forma de atención médica está mediada por la experiencia, por lo que remitirse a un médico que practique la medicina occidental o donde uno que ponga en ejercicio la medicina natural, dependerá de cómo sientan que son tratados, de cómo el médico logra generar confianza, cercanía y demostrar un interés real por atenderlos. Del mismo modo, toman decisiones basados en una idea generalizada en la que se cree y se afirma que la medicina natural es la que menos daño hace al cuerpo y, por su parte, la medicina occidental se transforma, cuando no surte los efectos deseados, en un “veneno” para el cuerpo. De ahí que la enfermedad sea asumida como una consecuencia incluso de un mal tratamiento.

“Pues sí, claro que lo natural debe ser mejor, que viene sin químico” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 73 años, entrevista, 2019)

“[A: [...] ¿Usted se encuentra en tratamiento para el dolor de las piernas?] En este momento no. [A: ¿Y por qué? ¿Qué ha pasado?] Será descuido. [A: ¿Descuido? ¿No ha tenido el tiempo de ir allá o no le duele tanto como para ir al médico?] No, sí me duele, pero es que a mí me han dicho que, porque aquí en Andes está viniendo, dicen que un médico que hace como esas acupunturas, viene de Medellín, pero a mí me da miedo, por qué me da miedo, porque una amiga se hizo hacer eso y en estos momentos está tullida. [A: ¿Sí! ¿Por la acupuntura?] Sí, yo no sé qué ella dice que le clavaban disque muchas agujas allí y ahora está tirada en la cama y con llagas, y eso le provino después de que se hizo hacer eso. [...] Entonces eso es lo que a mí me da miedo” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 68 años, entrevista, 2019).

Como se va observando, la principal forma de atención ante la enfermedad es el autodiagnóstico y la autoatención. Por ello en cuanto aparece la enfermedad vascular periférica o sus síntomas iniciales, como cansancio y calambres, quien primero emite un juicio relacionado con la dolencia es el individuo quien al sentir que no desaparece procede a consultarla con su entorno más inmediato. En último lugar se encuentra la atención especializada por parte de un médico o profesional del área de la salud y esto sucede cuando el paciente mismo lo decide o lo considera pertinente. Allí, el tratamiento inicial para las molestias relacionadas con las dolencias en las piernas de quienes van al médico se constituye por acetaminofén o aspirina. En quienes se autoatienden es común la ingesta o aplicación de remedios caseros, tales como:

“[A: Entonces, me estaba contando que usted conoce sobre plantas, sobre plantas que puedan servir para la salud, cuénteme ¿Qué plantas ha usado usted en su vida o cuáles conoce que sirven?] Por ejemplo la que le acabo de decir, esta penicilina, la yerbabuena, está la albahaca, para que sirve, sirve para los cólicos menstruales, se hace una bebida, se la toma con canela y hace un sientito y ahí está, otra que es muy buena la altamisa también es tomarle porque es que hay matas que no se pueden tomar, que únicamente es por fuera, cierto pero está la altamisa también se puede tomar unos tres tecitos de altamisa, también hace un sientito y también se mejora el cólico menstrual, por ejemplo el yerba de sapo, que allí arribita esta, sirve para regular la presión arterial, porque hay gente que tiene que vivir a base de pastilla yo por ejemplo no tomo pastillas para la presión, diario voy y vea los años que tengo y la tengo controlada gracias a mi Dios, cuando me da un poquito como indispuesta me hago una bebida y ya. [A: ¿De pronto conoce plantas para los dolores en las piernas?] Para el dolor en las piernas, por ejemplo, está el ajengibre revuelto con esta mata, la romaza. Por ejemplo todos los días durante nueve días se echa desde aquí desde la rodilla porque casi por lo regular los dolores empiezan aquí desde la rodilla, hay que reumatismo, que desgaste de no sé qué, dolores que uno de mojarse acalorado, pero con echarse aguas calientes se puede aliviar, y mucha gente se ha aliviado, por ejemplo para las botas, esos nudos que resultan, mi suegra vivía con unos dolores y por allá hay una mata que florece amarillito pero es muy escasa que se llama rejalgá, esa mata la coge muy escasa pero en los potreros, eso por ejemplo usted la coge, eso puede tener dos nombres pero uno prácticamente la conoce por rejalgá, usted coge esa mata la machaca

bien machacadita con unas cuatro hojitas de ajengibre y hace un agua y lo más caliente que se pueda, se le van los dolores, y estas venas se le quitan, se le quito y unos verdugones que la viejita no podía, y unos decían que era varices y en todo caso ella se alivió, ella ya se murió pero se alivió de eso. [A: ¿Y que más manda usted para eso?] Por ejemplo, para esa gota, para esas venas también porque hay gente que se acostumbra que con aparatos y todo, a darse masajes, otros que coja usted también la altamisa en baños, yo lo único que se es baños para las piernas, baños calienticos, lo más calientico que pueda y mucha gente se ha mejorado, otra cosa la yerba de sapo, sirve para la presión, pero también lo coge y lo hace en sientos para el colon, especialísimo. [A: ¿Qué son sientos?] Por ejemplo, usted coge y pone a hervir el agua y después de que está bien caliente lo echa en un balde y usted se sienta recibir ese vapor, solamente recibiendo el vapor, hay muchas cosas por ejemplo hay una fruta que se llama el globito, usted, eso sirve para la sinusitis, mire que muchas veces los médicos no han sido capaz de curar eso, usted coge y echa esas bolitas del globito en una olla a hervir y le echa piedra lumbre y le echa alcanfor y usted llegó y tapó la ollita, únicamente le hace un huequito y cuando usted va a recibir ese vapor, usted ya se va directamente a la cama y se tapa bien tapadita y está recibiendo todo ese vapor, vea en 5 veces que usted haga eso, total remedio, una prima hermana sufría de eso y la operaron y siguió y con eso se alivió” (Mujer de Jardín con conocimientos en medicina tradicional, 72 años, entrevista, 2019).

El manejo del dolor con antiinflamatorios no esteroideos de venta libre, prácticamente para los habitantes de la zona rural de Jardín, son concebidos como medicamentos naturales, pues consideran que al ser tan recetados no generan ningún daño y pueden ser consumidos sin control o seguimiento médico.

“[A: ¿Y usted toma algún medicamento químico para ese dolor en las piernas?] No. [A: ¿Ni acetaminofén?] Acetaminofén es lo único que me mandaron, cuando me operaron, no he podido tomar otra pastilla” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 71 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Por qué toma acetaminofén sin que se lo mande un médico?] Porque me sirve mucho. [A: ¿Cree que no la hace ningún daño?] No” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 58 años, entrevista, 2019)

La autoatención, al parecer, sucede porque al transcurrir por la vida los pacientes se van dotando de experiencias sobre el tratamiento, y luego de ello, surge la familiaridad con conceptos, nombres o marcas de fármacos. En este punto, inciden fuertemente los medios de comunicación y las largas conversaciones con familiares y amigos. Se observó que la autoatención se deriva de idas al médico por un dolor específico manifestado. Por ejemplo, para los síntomas de cansancio en piernas el galeno receta acetaminofén y al ser este de venta libre y no representar un alto costo, se prefiere volver a comprarlo que ir de nuevo a consulta. En muchos casos, puede ser menos costoso realizar estas acciones, pues la lejanía y el costo que acarrea una cita médica dificulta la asistencia constante a los principales centros de salud.

Frente al tratamiento, estos suelen tener baja adherencia porque en algunos casos no notan la mejoría en unos tiempos que también, deciden por su cuenta. Del mismo modo, suelen abandonar un proceso iniciado porque les genere efectos secundarios que según comentan, no son explicados en consulta, sino hasta que vuelven donde el médico por el mismo asunto. Los médicos optan por comentar que lo que sienten puede deberse a efectos del consumo del medicamento lo que implica volver a iniciar el tratamiento o dejarlo definitivamente.

“[...] un hijo mío me tiene en una EPS allá en Medellín, y fui en una ocasión y me mandaron una cápsula, y con esa cápsula que me mandaron, me mandó para la clínica porque me broté en unas ronchas del color de ese lapicero, horrible. [A: ¿Y usted le dijo al médico que le pasó eso?] Claro, es que yo le llevé las pastillas. [A: ¿Y qué le dijeron?] Entonces, el médico me dijo: “pero cómo se le ocurren mandarla a usted estas pastillas para lo que usted fue, es que esto no era para lo que usted fue” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 68 años, entrevista, 2019).

Es describible, de igual forma, que el trasegar entre un médico y otro, o entre un tratamiento y otro, implica un desgaste enorme para el paciente, quien a medida que no encuentra una solución para su padecimiento termina por asociar sus patologías y dolores a otras vivencias que pueden estar afectándolo y esto, puede llegar a interferir en el pronóstico de la enfermedad.

“[A: ¿Y ese primer problema fue en un tiempo específico o empezó progresivamente y aumentó, o qué pasó?] No, me comenzó leve y después me fue aumentando. A: ¿Y usted fue al médico? Ujum. [A: ¿Al cuánto tiempo de que le empezara el dolor?] Siempre me demoré. [A: ¿Y por qué se demoró en ir?] [Esposa (riendo) porque se fue para un yerbatero] [A: ¿Sí? ¿Usted cree en la medicina tradicional?] No, ya no. [A: ¿Qué hizo? Cuénteme ¿Qué hizo usted antes de ir al médico?] No, me dijeron que fuera que era muy bueno que ese señor me curaba y yo fui allá, en vista de que uno hay veces, que había días peores. [A: ¿Y qué pasó? ¿Qué le dijeron allá?] Que ese señor me curaba y no hizo nada. [A: ¿Qué le mandó?] Me mandó unos frascos allí y yo ni me acabé de tomar eso. [...] y el dolor impresionante, después me fui para donde el médico. [A: ¿Al médico en el hospital?] No, a donde el médico particular [...] [A: Y de allí vino a su casa, se siguió sintiendo mal, ¿intentó el tratamiento y se fue para el médico del pueblo?] Sí. [A: ¿Y cómo le fue allá? ¿Qué le dijeron?] [Esposa: De allá lo mandaron para donde un vascular]. [A: ¿En Medellín?] Sí. [A: ¿Y qué le dijo el médico en Medellín?] Que ya había ido muy tarde, que tenía las venas malas, porque me hicieron una operación primero, me hicieron un injerto y me duró tres meses no más. [A: ¿Y ya después volvió otra vez al médico?] No, el dolor impresionante porque ya no me sirvió la operación, entonces ya volví a Medellín y allí fue donde me dijeron: ya este pie ya lo perdió, ya está muy... hay que amputar” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP y DVC, 73 años, entrevista, 2019).

En ese orden de ideas, el pronóstico se acompaña de la pregunta por lo que sigue, dado que al divagar por diferentes sistemas de atención terminan inmersos en un círculo vicioso,

guiados por la confianza que produce acudir a ambos sistemas médicos, aunque los resultados no sean siempre favorables.

En términos generales, un itinerario terapéutico en el caso de las enfermedades vasculares periféricas, y su agudización o desaparición de síntomas por tiempos, llevará a tomar varias veces la anterior ruta, modificándola a momentos, o ampliando el proceso si se cuenta con recursos para hacerlo. La otra opción, según comentan los entrevistados, es esperar a que desaparezca la enfermedad sola o al encomendarse a las creencias religiosas.

14.2.2. De lo individual a lo social

El bienestar social e individual es concebido como un sinónimo de calidad de vida. En ese sentido, las personas hablan de condiciones económicas y estructurales, relacionadas con su idea personal sobre el buen vivir, así como, ideas relativas a la convivencia en comunidad y al interior de la familia. El bienestar social no se separa del individual, pues la tendencia se orientó a que los pacientes consideraban que no puede existir el uno sin el otro, de modo que el bienestar los cobija como personas y como familia.

Los participantes comentaban que era necesario tener condiciones dignas de vida como agua, energía, comida en la mesa, salud de los familiares y la propia. Esto es visible, entre muchas cosas, en la forma de sus viviendas y el acceso a servicios públicos, los que, a excepción de una sola vivienda, tenían. En lo que respecta a la disposición de las basuras suelen ser lanzadas a cañadas o quemadas. También se utilizan para generar abonos orgánicos para cultivos que se encuentran en sus casas o finalmente. Los restos de comida se suministran generalmente a las mascotas o animales. En las familias visitadas, el agua de consumo es considerada como potable. Para ello, utilizan filtros de arcilla, la hierven durante algunos minutos, le aplican gotas de hipoclorito o bien, la compran en el pueblo o tiendas cercanas, por lo que confían en el agua que consumen. No se identificaron viviendas que no implementara prácticas para el tratamiento del agua (Fragmentos de diario de campo, 2019).

En relación con los alimentos en muchas de las casas son cultivados en pequeñas huertas caseras en las que predomina el cultivo de cebollín, cilantro, tomates, plátano, ajíes, bananos, duraznos, aguacates, curubas, entre otros. Otra parte de los alimentos es conseguida en el pueblo los domingos, luego de asistir a misa (Fragmentos de diario de campo, 2019).

Se hace relevante resaltar la relación existente entre el sujeto, su familia y los vecinos de su vereda. Los pacientes entrevistados manifiestan un detrimento de su imagen propia como de las personas cercanas. En muchas ocasiones el dolor no suele ser entendido por quien no lo ha vivido, o porque al padecerse una enfermedad crónica, buena parte de la vida de una persona girará en torno a atenderla o a defender su posición como enfermo; esto implicará que los seres allegados también ocupen un papel en la búsqueda y la obtención de un mejor estado de salud:

“[...] y ya a lo último que de tanto insistir que ya no aguantaba el dolor me mandaron los exámenes, los exámenes salían buenos. [...] Todo lo que le pudieran haber mandado para mirar a ver qué podrían encontrar, y hasta el último día un domingo el enfermero que me atendió me dijo: “No es que usted no tiene nada, váyase para la casa puede ser que sea de acá” (se señala la cabeza) [A: ¿Mental?] Mental, y le dije yo vea si eso fuera mental usted me ha visto a mí que yo me mantengo aquí en el hospital, si yo por mí no viniera el hospital, sino que no aguanto el dolor y entonces al otro día si me tocó ir. [A: ¿Y qué le dijo el enfermero?] No, se puso a reírse. [A: ¿Y usted cree que eso pasa mucho?] Pues la verdad no sé, porque igual ellos no sienten el dolor que uno siente, no pasan la situación de uno, ellos no están sintiendo el dolor que uno siente, pero gracias a Dios ya pues sí con ese médico de Medellín ese bioenergético me alivió mucho y me dijo me mandó a tomar cola de caballo” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP, 40 años, entrevista, 2019).

“La causa de la hipertensión fue a raíz, pues, como psicológico por decir algo, porque fue a raíz de la muerte de un hijo, porque yo tuve un infarto de miocardio hace 40 años y fue manejado con medicamentos durante un tiempo y a base de tanto medicamento me acabó el estómago, una gastritis fuera de serie, entonces llegó un momento en que más bien decidí dejar de tomar medicamentos así me muriera, o sea, estuve 10 años bajo ese control tomando medicamentos llevando régimen de alimentación, ya no me era suficiente para poder trabajar porque el desaliento no me dejaba entonces corte de raíz ni medicamento ni régimen ni nada” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 67 años, entrevista, 2019).

En consonancia, los médicos del Hospital que participaron del estudio indicaron que las funciones sociales del sujeto en sociedad se afectan por la enfermedad, y que una de las facetas de vida donde más inciden de forma negativa, es el ámbito laboral. En sus palabras:

“[...] acá la mayoría de la población es pues, vive de la agricultura, y los agricultores y también agricultoras, porque hay bastantes mujeres que también se dedican a eso, uno nota o que tienen enfermedad arterial periférica y que digamos que todo el día tienen que

estar en constante movimiento, entonces, estar parando para que se me pase un dolor o tener que estar haciendo pausas para digamos que los pies no se me hinchen mucho cuando llegue a la casa, o mañana pueda trabajar bien, obviamente eso los afecta mucho, no solamente, pues, como ellos en cuanto a su producción si es individual, sino si trabajan para una empresa también como que los van tachando, como que a este está rindiendo menos, como que ya no me sirve, entonces es complicado” (Profesionales de la salud, entrevista, 2019).

14.2.3. Quién apoya al que cuida

Este punto se relaciona con el impacto positivo o negativo en quienes comparten vivienda con la persona enferma y asumen cuidarlo o acompañarlo. Estas personas suelen ser la pareja, los hijos, o los progenitores. Como resultado, se logró percibir que los estados de salud no solo afectan al individuo. La enfermedad de un ser querido también puede llegar a enfermar a su cuidador y a todo su entorno inmediato de diferentes formas. Y es que, el soporte familiar y las redes de apoyo deben ser puestas en consideración más allá de la idea de compañía, complejizando la manera de entender esas redes y sus comportamientos (Fragmento de diario de campo).

El soporte familiar y las redes de apoyo, conforme a lo dicho por los entrevistados son bastiones importantes en el proceso de sanación. Por el contrario, estar solo durante la enfermedad, implica la falta de apoyo para enfrentarse a trámites administrativos complicados, carencia de compañía y conversación y, en consecuencia, falta del cuidado de otra persona.

El siguiente relato, acoge lo anteriormente expuesto.

“[A: ¿Te sentirías muy preocupada si estuvieras sola y estuvieras enferma?] Sí claro, de por sí yo cuando estoy enferma o me siento pues hay veces sola, que está mi esposo trabajando y el niño estudiando, de por sí siempre me da depresión, yo me pongo a llorar, o sea, me siento demasiado sola, yo necesito y yo siempre pienso que necesito una persona que esté ahí, hablando que esté ahí, porque para mí si una persona es así como un poco indiferente para mí es sentirme sola, sentir como entonces es ahí donde me empieza la aburrición y la depresión. [A: ¿Y crees que estar solo hace que uno se sienta enfermo por más tiempo o se le dificulte más?] Sí, porque supongamos, si usted está enfermo y no hay de pronto quién lo escuche, quién lo ayude de pronto a llevar esa enfermedad o a decirle bregar y dar una solución, lógico uno se enferma más” (Mujer de Jardín sana, 34 años, entrevista, 2019).

Los cuidados del cuidador, en una población envejecida se convierten en algo más dramático ya que, a la preocupación por la enfermedad del otro se le suma la búsqueda de formas de aliviar las molestias, de acompañarle, de generar los recursos necesarios para afrontar la enfermedad. Estas preocupaciones pueden llegar a impactar en el estado de salud y emocional del cuidador, tal como se verá a continuación en las palabras de una de las personas entrevistadas:

“[A: ¿Usted cree que sin el apoyo de su mamá sería más difícil sobrellevar esas dolencias esos dolores que le dan?] Claro. [A: ¿Por qué?] Porque pues, al menos está ella allí que lo escucha a uno que lo acompaña, eso disipa. [A: ¿Usted cree que de pronto al vivir solo esas dolencias serían más difíciles de sobrellevar?] Sí, porque no tiene uno quién lo escuché ni quien esté ahí con uno” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 58 años, entrevista, 2019).

“Porque, pues, uno solo enfermo sin nadie que esté al lado de uno, apoyándolo o dándole ese ánimo, colaborándole pues en todo lo que uno necesita, sin el apoyo de ellos [...] quien sabe o no estaría uno acá, habría sido la enfermedad peor” (Hombre de Jardín diagnosticado con EAP, 40 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿En algún momento el dolor en las piernas que ha tenido le ha llegado angustiar?] Sí, claro. [A: ¿Qué piensa?] Que de pronto me puede dar lo mismo que el esposo [...] yo hay veces que pienso como quedamos los dos mochos, mientras sea la pata izquierda y la derecha nos pegamos todos dos. [...] [A: ¿Usted llegó a llorar por esa enfermedad de su esposo?] Sí. [A: ¿Y eso no la enfermó?] No. [A: ¿Y quién la cuidaba usted cuando usted cuidaba a su esposo?] Ah, las cuñadas me llevaban la comidita al hospital, yo estuve 44 días, día y noche en la clínica con él. [A: O sea que, así como usted lo apoyaba a él ¿Usted sentía que había gente apoyándola?] Claro que sí. [A: ¿Y usted considera que es importante tener una red de apoyo a la hora de enfrentarse una enfermedad?] Sí, claro y mucho. [A: ¿Por qué?] porque uno tiene en quién apoyarse no está solo [...] [A: ¿Y usted qué le decía el señor?] No, que se estuviera tranquilo que yo estaba con él. [A: y eso le daba fuerza] (Pregunto refiriéndome visualmente al esposo). Sí, claro. [A: Me alegra mucho que hayan estado juntos en ese momento... ¿Usted cree que las personas que están solas cuando pasan por una enfermedad como la que pasó su esposo o por una dolencia como la que tiene usted pueden demorarse más en sanar?] Sí, claro [...] porque están solos, se deprimen mucho y no tienen quién les ayude” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 66 años, entrevista, 2019).

“[...] cómo le explicara yo, si soy muy ansiosa, me ha afectado mucho la muerte de mis abuelos que fueron los que me criaron, de mi esposo, todo eso a mí... yo veo un enfermo, inclusive ir a visitar enfermos e ir a velorios y al cementerio, no es que no puedo, porque ya me pongo a llorar y eso me da una cosa tan espantosa” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 73 años, entrevista, 2019).

Esta unión de dolencias y la idea de cuidar y cuidarse se pueden convertir en los trastornos que se asocian a la persona que acompaña y puede dolerle, en demasía, el haber tenido que pasar por procesos tan dolorosos en repetidas ocasiones, tanto al cuidar como al ser cuidados. De igual forma, el agravamiento que produce la soledad o el alivio que deriva de la compañía,

van en doble sentido, pues, en la búsqueda de estabilidad otras personas no tan cercanas pueden contribuir a esos cuidados o ser más comprensivas ante la enfermedad.

“[A: ¿Y en algún momento sentiste que te dolían más las piernas o el cuerpo cuando estuviste deprimida?] Sí, porque yo sentía como el cansancio en el cuerpo, como que yo no quería nada sino como que estar acostada sentía como que si mi cuerpo, pues, a la final no respondía. [A: En general, ¿Cómo superaste esa etapa?] Yo, todavía la vivo, solo que ahora no es tanto, porque ahora estoy muy metida en cosas sociales, entonces, yo estoy entre la gente y a mí se me olvida totalmente mi depresión, mis problemas, mis angustias, entonces eso me ha ayudado mucho a consolarme un poco” (Mujer de Jardín sana, 36 años, entrevista, 2019).

14.3. Dimensión III: Estructural

14.3.1. Calidad del sistema de salud relacionada con el cuidado de las EVP. El sujeto, los profesionales y las entidades

Para los pacientes que hicieron parte de la muestra del proyecto uno de los temas más preocupantes se relacionó con cómo atender la enfermedad vascular periférica siguiendo unos protocolos en los que muchas de las atenciones que debían recibir se daban por fuera del municipio lo cual les implicaba correr con gastos de traslado, comida, hospedaje y copagos en otra ciudad, que en casos favorables era cercana y en otros no. Esto generaba una tensión adicional por tener que conseguir recursos para poder ser atendidos por médicos generales o especialistas.

“[A: [...] yo veo que usted va mucho a Medellín, esos pasajes y esas cosas ¿Quién las costea? ¿Usted allá tiene familia?] Pues, digamos por ejemplo allá me costeo, pero aquí yo me voy en un carro, en un camión de un hijo mío. [A: con eso cubre los pasajes ¿Y la estadía? ¿Allá tiene familia?] Ah sí, un hijo. ¿Y usted ha gastado mucho en hacer tratamiento de su enfermedad particularmente?] Mucho, mucho” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 68 años, entrevista, 2019).

“Tengo pues una tía aquí con un primo que ellos son como mi mamá y mi hermanito, y ya muy pendientes, ya vimos pues que por el hospital no se podía hacer nada, entonces me separaron una consulta con un médico particular muy amigo de allí de la familia [A: ¿El del consultorio privado de aquí de Jardín?]. Entonces, ya bueno en ese entonces, también la preocupación de cómo voy a hacer yo para pagar la consulta particular, ¿Yo cómo hago...? [A: ¿Cuánto costaba?] De \$25,000 a \$30,000, en ese entonces; pero entonces ya pues viéndome así tan preocupada: “No tranquila que fulanito está al frente de todo, hágale que a usted todo se lo van a costear tranquila, no se preocupe por usted, que aquí ya hay gente trabajando” por eso hubo quien se hiciera cargo de todo eso” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

Los profesionales del área de la salud del hospital municipal comentan que no existen protocolos concretos o documentados al interior de la entidad para atender las EVP, pero se conoce el procedimiento adecuado para dar respuesta al tratamiento de las patologías que se le relacionan y que esto no afecta la atención de los pacientes. Del mismo modo, comentan que los procesos burocráticos en otras entidades sí pueden ser más complejos y dispendiosos, a un punto que pueden condicionar la presencia del paciente en las consultas.

“[A: [...] ¿Cuál es el protocolo de atención que lleva o recibe un paciente al llegar acá a una consulta indicando que presenta, por ejemplo, dolor en las piernas cuando lleva mucho tiempo parado o cuando está en un cafetal luego de toda la jornada del día? ¿Cómo es el protocolo? ¿Cómo se inicia ese acercamiento con el paciente para indagar si puede ser una efectiva insuficiencia venosa o un desorden venoso crónico?] Pues yo la verdad diría que muchos pacientes no llegan como tal por ese motivo de consulta, muchas veces uno lo descubre es como al examen físico, o cuando de pronto va a ver la perfusión distal o revisar como si el paciente tiene edemas, ahí es cuando uno se da cuenta que muchísima gente, sobre todo, pues, como los mayores de 40 años tienen insuficiencia venosa en grados pues iniciales, pero la tienen. Acá realmente no hay pues como un protocolo establecido; sino que, uno hace lo que ya sabe que tiene que hacer, pues algunos si dicen como que han venido sufriendo de eso desde hace mucho tiempo, siempre uno le pregunta si utiliza como las medias de compresión, que es lo primero que hay que utilizar, y según si ya le han hecho estudios o no se le inicia como el proceso para que la EPS se los autorice. [A: ¿Y cómo es ese proceso?] Pues, nosotros, pues, inicialmente pedimos un dúplex venoso, se le hace pues el anexo al paciente, obviamente justificando en la historia clínica pues la razón, porque hay pacientes que si son muy sintomáticos el problema es que a veces se les dice como que la insuficiencia venosa no es causa de dolor en los miembros inferiores y también se le dan pues como recomendaciones iniciales como bajar de peso, utilizar las medias, tratar de hacer como pausas mientras están mucho tiempo parados para que obviamente no tengan tantos síntomas y que la enfermedad no avance más de lo normal. [A: Tu consideras, de lo que has visto, que la conexión entre el hospital y la EPS para hacer este tipo de procedimientos ¿Es efectiva? ¿Adecuada? o es tal vez, demorada a un punto que propicie que el paciente incluso ya no quiera hacerle seguimiento a su enfermedad ¿Qué has notado o que dice la gente?] ¿Qué dice la gente? Pues, en realidad no es con respecto al hospital es digamos que el hospital si hace todo como se debe de hacer inicialmente, lo que es demorado es con las autorizaciones de las EPS, eso sí es muy demorado, entonces puede que los pacientes ya no vayan al control o a sus revisiones, entonces es eso, y aquí consultan ya es cuando los pacientes empiezan a tener tromboflebitis o ya están muy avanzados, por ejemplo, en estos momentos hay una paciente hospitalizada con una tromboflebitis, entonces ya es cuando están demasiado avanzados, no consultan en realidad en los momentos que se debe” (Profesionales de salud municipio de Jardín, entrevista, 2019).

En relación a la pregunta por el registro de las EVP y la dificultad para encontrar las patologías desagregadas, los médicos entrevistados comentaban que lo que puede suceder se relaciona con la diversidad de síntomas relacionados a las EVP, así:

“[A: ¿Creen ustedes dos que se encuentran bien registradas y documentadas esas enfermedades aquí en jardín o consideran que puede haber un subregistro de las

enfermedades vasculares periféricas?] Yo creo que no solo en Jardín, en todas partes hay un sub registro debidamente, porque digamos que, por ejemplo, la insuficiencia venosa a veces digamos que la gente piensa que es normal y lo que les molesta en muchas ocasiones es la estética, no tanto pues como los síntomas, entonces pues si es una persona que simplemente tiene la insuficiencia venosa pero no tiene síntomas pues no va a consultar y muchas personas pues no consultan casi al hospital entonces uno no podría como registrar realmente cuantas personas hay” Profesionales de salud municipio de Jardín, entrevista, 2019).

En términos de la calidad de la atención que reciben los pacientes se suelen quejar de la misma, haciendo hincapié en que la rotación de médicos jóvenes en su año rural dentro del hospital del pueblo impide que se pueda dar continuidad a procesos de seguimiento que inician derivando lo anterior en la pérdida de la conexión entre paciente/médico.

“[...] Pues porque en realidad, hablando a calzón quitado como se dice, acá en el hospital los médicos que traen en realidad los que vienen buenos, ligero, ligero se van, no sé si es que no les dan trabajo o por qué razón, pero siempre son unos aprendices que poco” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 73 años, entrevista, 2019).

Del mismo modo, los entrevistados miden la calidad de los servicios en salud a partir del trato que reciben en consulta. Consideran que podría mejorar la atención si se reconocieran las necesidades de los pacientes no como un conjunto o colectivo, sino, de manera individual. Esto no solo sucede con los pacientes que reciben tratamiento o seguimiento en el Hospital de Jardín sino que se manifiesta una situación bastante similar con aquellos pacientes que indicaron pertenecer a EPS o a SISBEN, ya que, refieren que los médicos demuestran una carencia a la hora de comunicarse y de “conectar” con ellos en la consulta, que las citas médicas son cortas y el médico invierte más tiempo en escribir en el computador que en auscultarlos o escucharlos; esto les genera desconfianza en el sistema y les crea un cierto desasosiego, dado que no se sienten entendidos en la manifestación de su dolencia. Como veremos a continuación, las experiencias poco agradables son el primer recurso al hablar de calidad en la atención:

“[A: [...] ¿Usted qué cree que pasó que el médico le respondió de esa forma en el hospital?] [...] muy mala la atención, pa’ mi muy mala atención, porque él no debió haberme dicho eso, porque de entrada le tomaron un electro y ya por allá nos dejaron como por allá votados. [...] [A: ¿Uno de los médicos le dijo que prontamente tenían que amputarle la otra pierna?] Sí. [A: ¿Usted considera que es la forma en que dicen las cosas o lo que están diciendo lo que molesta?] Que eso no deberían de decirle a uno esas cosas, porque lo perjudican mucho a uno en el ánimo” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 73 años, entrevista, 2019).

“[...] cuando doy como traspíés, siento como que se me va a desprender eso ahí y esta semana pasada me estaba molestando, doliendo, y ardiendo por dentro. [A: ¿Y le han recetado algo?] No, no, no he consultado todavía. [A: ¿Y por qué no ha consultado?] Pues, porque aquí en Jardín eso es muy difícil pa’ uno consultar. [A: ¿Por qué?] Eso es un proceso ahí, que eso no [...] más bien trata uno de a veces de evitar uno de ir donde el médico” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Por qué no va al médico?] Vea, póngale pues cuidado, que eso da como piedra, uno no tiene salud para resistir toda la paciencia que ellos tienen, vea la señora a dónde la tienen, que unos ratos que la mandan pa’ acá, que un mes, uno sin plata pa’ el pasaje, qué tiene que ver el chofer con el enfermo, pa’ allá y pa’ acá [...] y usted va para allá y le mandan cualquier Ibuprofeno que eso no le conviene, lo que es más barato porque la más cara no le venden a uno los remedios, entonces a qué va a pagar uno consulta para no servir” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 67 años, entrevista, 2019).

Los profesionales del área de la salud del Hospital del municipio ante el preguntarles acerca de la opinión que tienen sobre el sistema de atención en salud y si este permite brindar una atención de calidad a los pacientes dijeron lo que sigue:

“Realmente no, lo principal sería como el limitante el tiempo que ya lo habíamos dicho, otra cosa es que por el sistema pues que tenemos muchos de los procedimientos y de los medicamentos que serían los más pertinentes para algunos pacientes, o no se autorizan o hay que hacer muchas cosas pues para que se los autoricen porque están dentro de los medicamentos No POS, entonces mientras uno espera a que se los autoricen, hacer todos los procedimientos los pacientes tienden a empeorar, muchas veces no son adherentes al tratamiento porque son por ejemplo autorizaciones que hay que hacer cada mes, entonces los pacientes ya se cansan, y dicen ay no igual nunca me lo da la EPS, pues es un paciente que tiene forma de comprarlo pues lo compra, pero cuantos pacientes tenemos acá que son pues de escasos recursos y realmente pues no tienen como conseguir los medicamentos o hacerse los exámenes que deberían hacerse” (Profesional 1, entrevista, 2019).

“Si no dan ni siquiera los medicamentos, ahora cuando un paciente necesita digamos una autorización para un especialista, puede tardar demasiados meses en poder que el especialista lo vea y son cosas que en realidad cada día que va pasando el tiempo se ven más perjudicados” (Profesional 2, entrevista, 2019).

“O los mismos exámenes que uno sabe que son necesarios y las EPS, no permiten pues que un médico general lo solicite, entonces uno ve pues que podría ahorrar tiempo que llegue el paciente donde el especialista ya con todos los estudios, pero simplemente no se puede” (Profesional 1, entrevista, 2019).

También, los pacientes comentan con ahínco (enseñando sus exámenes médicos o historias clínicas) que los médicos hablan en términos que ellos desconocen, empleando conceptos que no les transmiten nada sobre lo que tienen o cómo atenderlo. Esto puede llegar a imposibilitar que el paciente tenga una información más clara, ya que, conforme a lo que describen, los galenos no dan predilección al detalle. Los siguientes apartes de las entrevistas amplían lo escrito:

“Me dio una flebitis. [A: ¿Hace cuánto?] Como tres años [A: ¿Que le dijeron los médicos, que por qué le dio la flebitis?] No, yo ya tenía, o sea, yo tenía eso y me dio acá, no me dijeron por qué y me hicieron cirugía” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 26 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Usted está en tratamiento por esas dolencias que tiene en las piernas?] No, hasta ahora no me han dicho nada. [A: ¿Pero usted le ha dicho al médico?] Sí, yo he ido a revisión de eso. [A: ¿Y qué le dicen?] Que tengo que esperar a ver qué me dicen y no me han vuelto a llamar” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 71 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Y usted le dijo que cuando la dejaba de tomar le dolía otra vez?] Sí, pero no mandó nada. [A: Me comento ahorita antes de iniciar la entrevista, que le mandaron pastillas para la diabetes y para la presión ¿Usted se ha sentido mal por eso?] En los controles me mandan eso, pero yo no siento nada, me siento aliviado y yo trabajo común y corriente” (Hombre de Jardín sano, 71 años, entrevista, 2019).

Del mismo modo, se puede dar el caso de que los médicos asuman que los pacientes tienen el suficiente conocimiento como para entender los exámenes que les mandan; mientras que ellos indican que esto no tiene porqué ser así, ya que ellos no son los profesionales en estos temas, lo cual los lleva a sentirse indispuestos y a realizar juicios sobre los salubristas a partir de un evento que no se dio como esperaban. Bien lo comunica la siguiente paciente:

“[...] vea, a mí me cayó mal fue porque yo le fui y le llevé una citología para que me la mirara: “Y para esto cogió usted un ficho” si a uno le hacen una citología, uno tiene que llevársela al médico para que se la lea para que le diagnostique una cosa, y eso fue lo que me contestó. [A: Entonces, usted cree que los médicos piensan que los pacientes saben de lo que le está diciendo el diagnóstico] Exacto, eso es” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 66 años, entrevista, 2019).

A esto los profesionales del área de la salud indicaron que tienen pocos minutos para conversar con el paciente y cumplir con los protocolos de atención; empero, se decantan por comentar que esto no está del todo en sus manos y que, lo que suelen hacer es tratar de observar en el paciente durante la conversación conductas posibles de riesgo y sugerir rutas de acompañamiento.

“[...], la mayor limitante para nosotros siempre es el tiempo, o sea 20 minutos para una consulta que dijera uno como solamente estar con el paciente estaría bien pero digamos que en el sistema que nosotros tenemos hay que llenar muchas cosas, entonces uno siempre es como que pendiente de cuánto tiempo se lleva para eso, ya de pronto yo diría que en los programas de P y P que todo es como más guiado hay preguntas que si van específicamente a como se ha sentido en esos días entonces muchas veces los pacientes como que se abren y empiezan a contar si tienen afecciones [...]” (Profesional de la salud, entrevista, 2019).

De otra parte, cuando se indaga por aquellas estrategias que las entidades de salud hayan podido implementar para mermar la incidencia de las enfermedades crónicas en el municipio de Jardín, se puede anotar lo siguiente:

“[A: En este momento, en relación a los factores de riesgo que precipitan ese tipo de enfermedades, como son el sedentarismo, fumar, beber. ¿Qué está haciendo la Secretaría de Salud? ¿Qué programas está planteando o a futuro cómo pretenden mejorar esos indicadores a un punto de que se pueda controlar o hablar de una prevención de este tipo de enfermedades?] Pues se vienen trabajando todos los Programas de Promoción y Prevención en articulación con la ESE hospital Gabriel Peláez Montoya, entonces pues tenemos varios programas, uno es el programa de atención a crónicos que lo trabaja directamente la ESE con su personal, donde se hacen diferentes actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con esta población, aquí hablamos de muy encaminada con la población adulta mayor, sin embargo, pues también podemos hablar de otras poblaciones que tienden a sufrir estas enfermedades crónicas por eso tenemos otros programas como adultos sanos y joven sanos que son articulados, eso desde la ESE. A través del plan de intervenciones colectivas de salud pública que ese si es direccionado por la secretaría de salud, se plantea desde la misma necesidad en salud y desde las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública donde hay una dimensión específica que es vida saludable y condiciones no transmisibles, le damos prioridad a esta dimensión y las actividades van muy enfocadas a realizar actividades desde la primera infancia, incluso porque no solo podemos hablar de enfermedades crónicas con los adultos o adultos mayores, tenemos que empezar desde los mismos niños y desde las familias a generar esa cultura de autocuidado y generar estrategias para que ellos de alguna forma estén en pro de ese cuidado y de mejorar las condiciones de vida y los estilos de vida saludables para que posteriormente se eviten esas enfermedades entonces tenemos varias actividades como son y le hemos dado muy fuerte al tema de actividad física entonces tenemos dentro del equipo de salud pública un educador física que está realizando actividades con todas estas personas: todos estos grupos poblacionales enfocados no solo en prevención de enfermedades crónicas sino también prevención de enfermedades en salud mental, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, ocupación de tiempo libre, tenemos diferentes talleres en cada una de estas situaciones particulares, con los diabéticos, con los hipertensos, controles, además de los controles, también actividad educativa, entonces con ellos se hace a través de ese plan de intervenciones colectivas mucha actividad educativa, se hacen tamizajes para hacer control de la población y se hacen canalizaciones para que las mismas personas asistan a los servicios e ingresen a los programación de promoción y prevención. Es siempre articulado entre el equipo de Promoción y Prevención, Salud Pública y con nosotros como Secretaría de Salud” (Secretario de Salud y Protección Social de Jardín, entrevista, 2019).

Los pacientes de zonas un poco alejadas del pueblo indican que no cuentan con atención constante de médicos calificados dentro de las veredas en forma de brigadas, en parte, porque el hospital las suspendió por la baja asistencia.

“[A: ¿En la vereda se han hecho programas que estén promoviendo la salud o previniendo las enfermedades?] Sí, pero ya las brigadas las quitaron. [A: ¿Y por qué? ¿Qué pasó?] Que porque estaba asistiendo muy poquita gente. [A: ¿Y usted por qué cree que asistía poquita

gente?] Pues la verdad no sé, porque yo, por ejemplo, dejé de asistir porque el niño mío lo operaron de un brazo que se fracturó y el día que estaba en Bolívar pues con lo de la cirugía me tocaba control ahí en el colegio, entonces, como se me pasó yo no me acordé. Entonces, me tocó pedir cita y ya al pedir otra vez ya me la dieron en el hospital para acá ya no me la daban que porque ya se había pasado el tiempo entonces que no daba entonces ya me la siguieron dando en el hospital ya cuando yo pensaba hablar allí para que me recibieran otra vez en la Vereda para no tener que ir al pueblo una señora me dijo que no que antes las habían mandado a pedir cita al hospital que porque estaba asistiendo muy poquita gente [A: ¿Y a usted le gustaría que esas jornadas volvieran?] Sí claro, es que es mejor allí que estar en el pueblo. [A: ¿Y le gustaría que hubiese alguna jornada en específico? [...]]Pues de pronto como citas médicas, últimamente no estaban dando cita médicas, sino que venían los controles de la presión y así pues como controles” (Mujer de Jardín sana o con Telangiectasias, 44 años entrevista, 2019)

“[A: ¿Usted ha visto acá en la vereda El Tapado que se hagan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?] Sí, acá vienen a la escuela del Tapado, vienen a hacer el control de la presión, pues esa parte sí y también hemos tenido programas con el hospital de planificación, mucha orientación para la salud. [A: ¿Y usted siente que hace falta que se le de atención a algún tipo de problemática de salud, pues que se le de atención desde el hospital o desde la Secretaría de Salud a un tema en específico?] De pronto, a mí me parecía muy bueno cuando había estas muchachas que se llaman promotoras rurales, sí porque eso ayuda mucho también para la atención en la salud” (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 59 años, entrevista, 2019).

[A: ¿Conoce de algún proyecto o actividad realizada que busque mejorar la calidad de atención en salud?] El Programa de Promoción y Prevención, pero ese más que todo lo hacen con los enfermos los hipertensos. [A: ¿Y usted cree que podrían ampliar de pronto ese programa a otro tipo de enfermedades?] Yo creo que sí. [A: ¿Qué programas usted cree que ellos deberían realizar para mejorar la calidad de vida de las personas?] El de mental, salud mental” (Mujer de Jardín diagnosticada con EAP, 58 años, entrevista, 2019).

En cuanto a lo anterior los profesionales sanitarios manifestaron que:

“Bueno pues, yo creo que el resguardo indígena es como el que tiene más a su favor en cuanto a la prestación de servicios del hospital porque ellos tienen su propio puesto de salud. Ya en cuanto a las veredas, se hacen brigadas y se hacen también pues como la parte de atención de enfermedades crónicas y consulta, pero es un poquito más limitado porque obviamente son muchas veredas, son poquitos médicos y pues la parte de los internos ayudan mucho con eso. Pero si, muchas veces a los pacientes les toca venir hasta el pueblo porque se demora pues como en regresar el hospital hasta esas partes. [A: El secretario de salud mencionó un déficit de médicos en el hospital y que por eso en las brigadas no podía haber acompañamiento de consulta médica directamente en las veredas, ¿Eso es así?] Sí, digamos que uno si quisiera pues hubiera muchos médicos; pero realmente no se pueden dar las cosas por falta de presupuesto entonces también hay que ser realistas, ojalá uno pudiera tener 20 médicos y que cada uno se fuera para una vereda, pero eso pues no da, económicamente no da” (Profesional de la salud, entrevista, 2019).

En este sentido, el Secretario de Salud y Protección Social del Municipio coincide con los pacientes en la necesidad que ellos refieren; sin embargo, comenta que potenciar estos

servicios desde el hospital municipal se ha traducido en una dificultad pues, no se cuenta con los recursos económicos para hacerlo.

“[A: ¿Cómo es la relación entre estos programas que me comentas que se están adelantando y como se llevan a cabo en las veredas directamente de acá del municipio de Jardín?] Bueno, efectivamente si las actividades están muy encaminadas a control, control de los usuarios en sus diversas enfermedades y sus diversas situaciones, se demoniza brigada de salud rural que por su nombre, pues debería de dársele esa connotación de brigada donde se llevan profesionales que los atienden; de hecho pues hay una escasez de médicos en el municipio porque el hospital en estos momentos está en una situación compleja, está en riesgo medio en cuanto lo fiscal y financiero, entonces en este momento está en un programa de saneamiento fiscal y financiero y una de las medidas que se dieron a optar, fue en reducir la planta de cargo de médicos, para minimizar en cierta forma los gastos y para optimizar el recurso. De alguna forma también hay que educar a la población para que haga buen uso de los recursos entonces a veces se dificulta que haya un médico dentro de las brigadas, sin embargo, pues casi siempre por lo menos se cuenta con un interno, se cuenta con enfermería, a veces con psicología, en estos momentos pues ya no tenemos nutrición entonces ese tema sí está un poquito digamos que relegado pero la idea pues si de estas jornadas y brigadas es precisamente que se atienda de manera integral, pues no sabía que estaban de pronto escaseando el recurso humano médico, me comprometo a preguntar” (Secretario de Salud y Protección Social de Jardín, entrevista, 2019).

Los pacientes tienen un apremiante deseo de recuperar la salud o por lo menos estabilizarla, lo que los obliga a entender el funcionamiento de las estructuras y sistemas en los que están inmersos. A consecuencia, aprenden a movilizarse, conocer la norma, sus derechos o las trayectorias que posibilitan escalar la atención a niveles resolutivos. O, en caso contrario, quedan atrapados en la burocracia del sistema por un asunto de conocimiento o la mengua que acompaña la dolencia.

“[A: Está sucediendo mucho que los pacientes se están viendo afectados por las condiciones económicas de las EPS que escogen [A: y se cambió por lo que me estaba contando que pasó o ¿Por qué?] Porque 4 años luchando para la cirugía de esta rodilla y nunca, porque siempre me decían que no tenían agenda y para el cobro si llamaban cada mes a que cotizara y ellos nunca quisieron responder. [A: ¿Usted conoce cuáles son sus derechos en salud de pronto salir a pelear con una tutela, ¿Lo intentó? ¿Alguien se lo sugirió?] Pues a ver yo en ese entonces no sabía cómo lo de la tutela ya después que necesité para mi hija que necesitaba atención y pues también me salieron con lo mismo entonces si puse una tutela y la atendieron y por ese lado bien; ahora con la nueva también me pasó fue que me dijeron volteé y volteé, me mandaban para todas partes y ya llevaba pues año y medio y nada que me resolvían la situación de la cirugía, a lo último me dije o sea porque estuve en la Pontificia, en la San Vicente después me mandaron para Las Vegas ida y allí me dijeron que antes de tres meses me llamaban para la cirugía y ya llevaba 7 meses y nada entonces puse un derecho de petición y ahí sí. [A: ¿Entonces usted cree que estamos supeditados a eso, a poner derechos de petición y en tutelar y así se mueven las EPS?] Es como que la única forma” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 67 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Cómo le ha ido con la EPS?] Ahh muy bien, muy demorado ya para dos años y no me ha salido la cita. [A: ¿Usted siente que en las consultas los médicos la orientan por ejemplo para saber qué hacer en esos casos en los que usted no recibe ninguna ayuda [...]?] No, de eso no conozco nada mi niña porque a uno simplemente le dan una orden y ya. [A: ¿Nadie los orienta?] No. A: ¿Y en el pueblo quién cree usted que los podría orientar para continuar con esos procesos y que no se los demoren tanto?] Pues yo diría que, con el mismo hospital, ¿no? [A: ¿Y usted en algún momento ha estado interesada en acercarse a preguntar eso allá?] Porque siempre le dicen a uno, usted sabe que esa EPS es muy demorada, es lo único que le dicen a uno (Mujer de Jardín diagnosticada con DVC, 50 años, entrevista, 2019).

Los profesionales del hospital consideran que es importante formar a los pacientes en competencias y conocimientos para que aprendan a atender sus enfermedades, que esto sea paralelo a la ingesta de medicamentos y que también vincule el conocimiento sobre los derechos y deberes que tienen los pacientes. Opinando que:

“[...] yo pienso que lo principal siempre es la prevención o sea, sea primaria, secundaria o ya terciaria siempre se debe de indicar a los pacientes que es lo que puede empeorar, que es lo que puede mantener la enfermedad como estaba porque hay enfermedades que no se puede revertir pero en esos sentido las recomendaciones son fundamentales y más que muchos pacientes pues no les gusta estar tomando medicamentos entonces con solo cambios en el estilo de vida ya se puede sentir mejor en cuanto pues como a los derechos y deberes , es eso también, establecer como una dirección dual, si usted se ayuda yo también lo puedo ayudar y podemos hacer esto y esto pero si no hay compromiso por parte de los pacientes en hacer ciertos cambios que son hasta mínimos, y ya uno por su parte hacerle los estudios , controlarle pues como con los medicamentos, hay si es complicado” (Profesional de la salud, entrevista, 2019).

Expresan que los médicos no le presentan a los pacientes de manera clara cuáles son sus derechos y deberes, lo que opinan genera un detrimento y un retraso a la hora de poner cuidado de sus patologías, pues concluyen que no hay mejor persona que los oriente que el mismo médico, ya que, por un lado, es quien los remite a procesos específicos y, por el otro, es el interlocutor más inmediato que tienen dentro del sistema de salud. Este desconocimiento, para algunos, representa una falta de competencia a la hora de defender su enfermedad y de defenderse a sí mismos.

En el hospital existe una actividad que es referida por los médicos y que se adelanta desde la dirección que motiva la revisión de sugerencias que los pacientes atendidos puedan hacerles a partir de las experiencias vividas en el hospital; pero, según los profesionales sanitarios entrevistados no se han topado durante la elaboración del ejercicio con una petición que se

relacione con lo que los enfermos crónicos dicen necesitar. Por lo que si esto no se comunica se hace complejo darle resolución. Entonces, manifiestan que la postura del hospital es mantenerse abiertos a escuchar y revisar sus procesos.

“[A: ¿Saben ustedes si el hospital se ha acercado a los pacientes con el fin de indagar por la percepción que ellos tienen sobre la atención en salud?] Del hospital como tal sí, yo creo que acá al hospital le importa muchísimo ese tipo de cosas porque se han hecho pues como campañas, se tiene pues como siempre el espacio abierto a que las personas digamos digan cuales son como las inconformidades que tienen no solo con el hospital sino directamente si es con los médicos o con la persona pues que está en administración, acá se tienen buzones de sugerencias en todas las partes del hospital, donde si un paciente tienen una queja la puede hacer incluso anónima diciendo que es lo que no le parece y que es lo que se puede mejorar y de todas maneras por ejemplo en él, en el canal del pueblo también se hacen muchos programas del hospital informando porque a veces pues los pacientes pueden estar inconformes pero sin unas bases pues como muy claras o pueden estar inconformes pero algo que no es culpa del hospital sino de los puestos que tenemos pero sí creo el hospital si le importa bastante y se preocupa por eso” (Profesional de la salud 1, entrevista, 2019).

“Cada ocho día se abren los buzones y la ingeniería y la biomédica los revisa con acompañado pues inclusive hace contacto con los pacientes, contacto con el médico para solucionar los problemas” (Profesional de la salud 2, entrevista, 2019).

“En las reuniones que se hacen acá en la institución nos hacen saber ese tipo de inconformidades con el fin de mejorar” (Profesional de la salud 1, entrevista, 2019).

La problemática a nivel de calidad de la atención en salud, sujetos y estructuras del sistema de salud se ve afectada entre muchas razones por los cambios de gobierno. El actual Secretario de Salud y Protección Social, manifiesta una clara necesidad que se relaciona con la forma en que se debería atender la salud en el municipio en los años venideros, así:

“Bueno, básicamente tenemos que partir de la situación en salud del municipio y no solo de un documento que se llama ASIS sino de la realidad, entonces hay tendríamos que llegar a indagar por ejemplo de que se enferma la población, realmente de que se está enfermando, cuáles son las causas de esas enfermedades, de que se está muriendo para apuntarle a eso, entonces tenemos que partir desde eso. La intersectorialidad es fundamental y tenemos que pues diciendo yo que tenemos en caso de que pueda participar en algún plan de desarrollo es integrar, integrar todas esas situaciones y ponerlas en torno a la salud como eje central por lo que les decía, es que si no hay vivienda no hay salud, si no hay educación, si no hay alguna estabilidad, entonces yo pienso que deben haber desde cada una de las líneas de esos planes de desarrollo actividades o acciones que apunten a mejorar las condiciones de vida de la población entonces es fundamental que el próximo mandatario lo tenga claro y no lo aislé y no diga no es que nos vamos para el sector de planeación y vamos a construir muchos puentes y viviendas, en fin pero dejemos a un lado la salud como eje central y fundamental, de que me sirven también a mí una casa bien linda si estoy enfermo entonces eso es lo que uno tiene que hacerle ver y eso es lo que hemos tratado de meterle a los líderes y a los dirigentes y por la salud de todas las líneas, lo otro hay que mirar el Plan Decenal se acaba en 2021 o sea que en 2020 que se inicia una nueva administración ya estamos prácticamente terminando, hay una variación,

incluso, en estos momentos ya están hablando de entornos más que de dimensiones, creería yo que hay que enfocarse a armonizarse con esa nueva idea que se tiene, no sé si el plan lo van a prorrogar, me imagino que le harán un análisis, sin embargo, pues acá en Colombia todo es de mucho tiempo y mientras analizan y vuelven y planean pueden pasar uno o dos años entonces en ese orden de ideas yo pensaría que hay que seguirle trabajando a este tema de dimensiones desde plan decenal, a la articulación con otras entidades y básicamente las necesidades en salud, y no solo en salud física, aquí tenemos un componente muy importante y una situación particular que es el desmejoramiento de la salud mental, a nivel incluso regional, que eso lo estamos trabajando desde esta secretaría incluso nos dimos la pela para trabajar articuladamente pue con otras entidades y contar pues con un profesional para que por lo menos empiece a hacer procesos y dejemos algo montado que también pues esperaríamos que le den continuidad” (Entrevista, 2019).

14.3.2. Género y autocuidado

Retomando los imaginarios frente a los sistemas de salud es importante indicar que quienes más asumían una posición crítica frente al sistema y la calidad de la salud eran los hombres, direccionando en algunas ocasiones la conversación a ese tema para manifestar lo que les sucede o ha sucedido; mientras que las mujeres centraban su opinión en la experiencia dentro del consultorio y en la sensación que les queda posterior a la interacción con los médicos y profesionales del área de la salud. (Fragmento diario de campo, 2019).

Existe una mayor reticencia a visitar a los médicos por parte de los hombres y una mejor disposición de parte de las mujeres. Igualmente, las mujeres sienten que se enferman más los hombres, y que deciden deliberada y voluntariamente la atención de forma temprana. Los hombres por su parte comentan que esto sucede como una respuesta de la personalidad de las mujeres, quienes, al ser, según ellos, más atentas y tienen más tiempo para el cuidado de la salud; además.

Las mujeres comentan que quienes más se cuidan son ellas mismas y que la relación equilibrada entre mente y cuerpo es más fuerte en el ámbito femenino. Dadas las condiciones laborales de hombres y mujeres en el campo, las cuales pueden ser socioculturalmente entendidas como válidas para cada sexo, incrementa las posibilidades de los hombres enfermarse, pues se exponen más constantemente a la inclemencia del clima. Los hombres por su lado refieren que esto es así y que se debe igualmente, a que ellos son educados para ser fuertes y no débiles ante la adversidad de la vida, incluida la enfermedad; sin embargo, la mayor conclusión ante esa disparidad en los cuidados luego de evaluarse mucho por los

entrevistados se resume como que todos no somos iguales, tal como se presenta en el siguiente fragmento de entrevista:

“[A: ¿Usted cree que las mujeres y los hombres se cuidan igual?] Pues a veces como que las mujeres no sé, no las valoran porque muchos no les permiten, aunque no sé también nos dijeron, ahora con esta cirugía, de que la mujer es menos sensible al dolor que el hombre no sé hasta dónde sea cierto. [A: Eso dicen mucho, hablan mucho de que las mujeres tienen el umbral del dolor más alto que los hombres, suelen hacer inclusive comparaciones, por ejemplo, el dolor que tiene una mujer cuando da a luz equivale al del hombre cuando le da un cólico de cálculos renales [...]] ¿Usted cree que si es tan diferente los hombres y las mujeres para asumir el dolor?] Yo digo que yo tengo la duda ¿Por qué razón? porque cuando a mí me dieron los cólicos del apéndice, yo aguanté los cólicos 28 horas y me operaron prácticamente a sangre fría, fue pura amarradera para rajar para sacar el intestino, cortar, lavar, todo eso fue amarrado. [A: ¿Y por qué?] Porque, como el antecedente del infarto yo quedé alérgico a la xilocaína entonces el médico me dijo que no tenía tiempo de esperar que viniera un anestesista, que no me podían remitir porque no alcanzaba a ir vivo a Bolombolo entonces me dijo: ¿Qué hacemos? Entonces, ¡Corte ya! que me fui. [A: ¿Entonces más bien cree que no es ser hombre o mujer si no la personalidad lo que lo lleva uno aguantar más o menos dolor?] De pronto sí. [A: ¿La fortaleza?] Sí, porque vea yo le voy a decir a mí en el carro me ha tocado movilizar señoras o muchachas que simplemente se descomponen, a lo que uno llama descomponen, no sé el nombre científico, una rodilla, un pie y pues no son capaces de hacer nada y a mí cuando se me dañó este pie a mí el pie me quedo doblando fue hacia arriba hacia el pecho y así me movilice sólo en una moto por ahí dos horas buscando ayuda entonces o sea todos no somos iguales” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 67 años, entrevista, 2019).

14.3.3. Identidad, creencias religiosas y salud

La enfermedad obliga a buscar apoyos para afrontar sus dolencias y luchar por la salud. Las concepciones y creencias religiosas pueden alentar a las personas a enfrentar con más fuerza la enfermedad.

“[A: ¿Usted cree en Dios?] Sí. [A: ¿Y en los momentos en que su enfermedad ha sido más fuerte más cruda cree que Dios le ha dado fuerzas?] Sí, me ha dado fuerzas y le he pedido también que el día que me lleve, me lleve de una no me deje padecer mucho. [A: ¿Le da miedo el dolor?]. Uff, que no vuelva a pasar una cosa como la que tuve” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC y EAP, 73 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Tener fe en general contribuye a que uno tenga una recuperación más rápida de algún modo?] Sí. [A: ¿Por qué?] Porque, Dios, a ver cómo le digo, creer en Dios, porque Dios es el único que lo puede a uno apoyar para uno aliviarse porque por mucho que uno vaya al médico y uno no tiene fe de que se va a aliviar nunca se va aliviar. [A: ¿Entonces tú crees que inclusive la fe en Dios podría afectar el que uno consuma o no un tratamiento que le mande el médico? ¿Crees que las personas lo tienen indistinto? o sea si el médico me mandó un tratamiento yo me lo tomo, pero igual le sigo pidiendo a Dios sanarme...] Sí. [A: ¿Crees que haya alguna persona que diga que no vaya al médico porque Dios lo va a sanar?] Yo no creo, pues no, porque uno igual de igual manera necesita los medicamentos, así Dios lo ayude a uno y todo, pero igual uno necesita su tratamiento sus

medicamentos ya Dios le ayuda a uno a empujar un poquito” (Mujer de Jardín sana o con Telangiectasias, 27 años, entrevista, 2019).

“[A: ¿Y usted cree que tener fe en dios sirve en momentos en los que la enfermedad lo tiene a uno?] Especialísimo, vea por ejemplo yo le voy decir, yo anoche tenía un dolor, yo tenía un dolor y yo decía señor, mire las palabritas que yo le voy a decir, que salga el mal y entre el bien como cuando entró Jesucristo triunfante a Jerusalén, divino niño ten piedad y compasión de esta infeliz pecadora que está esperando tu misericordia con este dolor que tengo tan impresionante, si es tu propia voluntad, tú me lo vas a quitar, y eso me lo quito o si no me hubiera muerto, yo tenía un dolor anoche que yo decía me voy a morir . a veces que me dan como dos cólicos me voy yendo con la ayuda del señor, y usted misma ve que yo revuelo, que yo barro la casa, yo todo lo veo y mire los años que tengo y todo lo veo, mire ayer, no sé cómo le quedarían esos tamales, pero con todo el amor se los hice, entonces ahí está” (Mujer de Jardín con conocimientos en medicina tradicional, 72 años, entrevista, 2019).

A este respecto los médicos del hospital plantean la forma en que una creencia religiosa puede llegar a incidir en la adherencia a los tratamientos:

“[A: ¿Ustedes creen que la personalidad y la creencia en una fe específica o en Dios como dicen muchos pacientes o personas del pueblo, contribuye a uno sentirse mejor o a superar las enfermedades de una manera concreta o más rápida? ¿Ustedes como sienten esa parte de la personalidad y de las creencias? ¿Cómo lo observan?] Pues yo la verdad creo que en parte si, o sea, estar como con una creencia los hace que a veces sean más adherentes como también en ocasiones uno ve que el paciente no son adherentes, porque todo es como si Dios quiere, Dios me va a aliviar, yo sé doctora, por ejemplo, hace nada tenía un paciente que ya es candidato a uso de insulinas y que hemos visto en los exámenes que se le hacen de control que cada vez se empeora más y él no quiere aplicarse la insulina no solo por miedo sino porque cree que Dios lo va a curar y que si su hora llega es porque Dios lo quiere entonces es muy difícil luchar contra esas creencias como que no pero es que venga Dios lo puede ayudar si usted confía en el pero también hay que tomarse los medicamentos porque se nota en los exámenes que se está empeorando y es imposible, o sea hay paciente que son imposibles” (Profesional de la salud, entrevista, 2019).

14.3.4. Representaciones, relacionamientos socioespaciales y dolencias.

Jardín indiscutiblemente cuenta con una geografía imponente, una diversidad natural características y un clima especial dado las condiciones geomorfológicas que lo definen. Este paisaje y topografía tienen ventajas y dificultades, las cuales, son mencionadas en los relatos de los entrevistados. Por un lado, según los pacientes entrevistados, la tendencia se concentrar en indicar que la topografía del municipio propicia las caminatas, y los referentes de actividad física más inmediatos son trabajar en el campo o en las actividades domésticas, el ir al pueblo desde las veredas caminando o transitar entre vereda y vereda para ejercitarse y pasear. Quienes pueden hacerlo aún con la enfermedad lo disfrutan y lo relatan cómo sanador y

necesario; los que no pueden hacerlo por diversas razones lo consideran una pérdida grande y les produce nostalgia no poder realizar las actividades que tanto les gustaba.

A nivel territorial, paisajístico e identitario, se tiene una fuerte conexión con las actividades agropecuarias, siendo el principal medio de subsistencia para los participantes del proyecto. Además, es el lugar que les proporciona las plantas medicinales en las que tanto confían, pues provienen de esa naturaleza en la cual confían y admiran. (Fragmentos de diario de campo, 2019).



Ilustración 15. Actividades de siembra y secado al sol del café en zona rural de Jardín. *Fuente: Registro fotográfico personal.*

Los campesinos entrevistados consideran que son mejor atendidas y orientadas las personas que habitan en el territorio del resguardo indígena de Cristianía:

“[...] Pero ellos tienen quien los oriente, porque ellos tienen gente muy educada, ellos tienen abogados, por ese lado. [...] Están bien, y otra cosa, son como prioridad número uno, a ellos les vuelan más que a nosotros. [A: ¿Y usted cree entonces que tiene un lugar a dónde ir, así como lo tienen ellos, para pedir ese tipo de orientaciones?] Pues, a uno por lo general le toca acudir es a la personera [...] sí, porque es como la única manera porque de resto no sé dónde” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 67 años, entrevista, 2019).

14.3.5. Medios de comunicación, redes y salud

La divulgación y la participación que tienen las entidades de salud al momento de comunicar sus iniciativas, como por ejemplo las brigadas, no es el que se esperaría. Esto dificulta el acceso a los servicios de atención, promoción y prevención en las veredas. Algunos campesinos manifiestan que no saben si las hacen y que no cuentan con la información para programarse con tiempo. En palabras de la autoridad en salud el municipio de Jardín esto encuentra razones y justificaciones:

“[A: ¿Cómo hacen desde el Hospital y la Secretaría de Salud para que en las veredas se enteren de las brigadas? [...] ¿Cuáles son los medios que utilizan para comunicar esas jornadas o esas brigadas en las veredas?] Bueno, realmente yo ahí si veo una falla y he sido muy incisivo con la coordinación de PyP desde que inicié mi periodo administrativo en que nos informen cuando van a ser las brigadas, que tipo de servicios van a llevar, para nosotros ayudar a difundir. Claramente no se ha podido dar eso, ellos si tienen cronograma, pero no lo están socializando, sin embargo, ellos organizan con la Junta de Acción Comunal del sector y con ellos, pues ellos les prestan los medios, miran donde van a hacer la brigada y pues asumo yo, porque no me lo han contado que ellos mismos ayudan a difundir. Pero en ese orden de ideas, esa difusión es muy pobre porque realmente se debería de estar contando, sin embargo, aquí hay un medio local que es una emisora que se escucha mucho en el área rural, pero no sé realmente y no tengo conocimiento que haya difusión por ahí. Sin embargo, yo pensaría que hay que buscar otras estrategias para que semana a semana se pueda estar informado donde van a estar las brigadas y qué servicios se van a llevar, porque realmente si yo sé que si yo tengo una necesidad, pero pues en la jornada o brigada de salud no me van a suplir esa necesidad pues bueno a mí no me interesa yo voy y consulto a hospital, eso por un lado y ha sido pues un problema comunicacional, a nosotros no nos informan y a pesar de mucha insistencia no podemos tampoco ayudarles a ellos, pero veo que tampoco lo hacen porque además de esto, de este tema de las brigadas. Hay otra situación que también se las he recalcado mucho y es que no informan cuando se van a hacer, por ejemplo este tipo de jornadas o de actividades de este plan de intervenciones colectivas o de atención primaria en salud, entonces va poca gente, porque la convocatoria no estuvo adecuada, entonces eso pues si lo hemos conversado, no lo hemos podido mejorar desafortunadamente pues yo desde mi programación y desde lo que se trató pues pero como ellos finalmente son los que ejecutan entonces ha sido muy complejo. Lo otro es que se le trata de dar prioridad a las veredas más alejadas, porque tenemos una vereda acá Verdún, 10 minutos, pero tiene transporte urbano, es más fácil

que ellos vengan acá al hospital y se atiendan acá, y si uno va allá deja de pronto de atender otras poblaciones más alejadas como santa Gertrudis, Floresta, que es más complejo venir, digamos que las personas de alguna forma son más tímidas a la hora de venir a recibir un servicio, entonces uno trata pues, y esa ha sido la metodología de ir como a las partes más alejadas, sin embargo, pues debería de ser para todas las veredas, debería haber una universalidad y por lo menos , una vez, dos veces en el año ir a todas las veredas, algunas pues visitarlas más por las necesidades también pero si es básicamente por eso” (Secretario de Salud y Protección Social, entrevista, 2019).

De otra parte, para algunos entrevistados los medios de comunicación proporcionan algunas herramientas para el cuidado de la salud, por ello hacen seguimiento a programas de televisión que dan consejos relacionados con el autocuidado; más, no necesariamente ponen en práctica los consejos o creen en ellos. Como bien lo demuestra el siguiente relato:

[A: ¿Y usted cree que los medios de comunicación influyen en cómo uno atiende su salud?] Pues, los medios de comunicación hablan tantas cosas que uno ni cree muchas veces. [A: ¿Usted escucha programas de salud?] No, yo no gasto paciencia a eso. [La esposa hace señas para contestar a la pregunta y dice:] Noo, que se pone a ver un programa donde se ponen a mencionar de droga alternativa y dice que esos chismes que mantienen ahí puras propagandas para que les compren, para que les... yo me pongo a ver en Televida esa tal Diana, todos los días en el mismo programa y que todos los días le doy uno y le encimo tres, cómo serán de buenas, imagínese” (Hombre de Jardín diagnosticado con DVC, 65 años, entrevista, 2019).

CAPITULO V: DISCUSIÓN

La antropología, y más concretamente la perspectiva etnográfica, permite visualizar desde el individuo factores de riesgo y protección socioculturales relacionados con la enfermedad vascular periférica (EVP), que no son fácilmente rastreables desde el enfoque epidemiológico tradicional. Desde esta mirada la enfermedad no se circunscribe, exclusivamente a los hospitales o centros de atención sanitaria, sino que se concibe a la salud dentro del marco de la vida cotidiana como un producto de los modos de vivir de las personas (Otálvaro & Ospina, 2017). Así la enfermedad pasa del reduccionismo biológico a constituirse como un «hecho biosocial total» (Masana, 2013). Esta perspectiva comprensiva de la salud y la enfermedad implica reconocer esos lugares donde la vida se gesta en su diario acontecer (Otálvaro & Ospina, 2017), las ideas y prácticas en torno al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad y la inscripción de la salud en esferas económicas, políticas, culturales y territoriales que se configuran a partir del significado que le otorguen los actores (Berlinguer, 2006; Martínez Hernández, 2008; Menéndez, 2015).

Entonces, bajo la idea de entender las perspectivas de las personas frente a la triangulación con los debates teóricos actuales en torno a cómo abordar la salud y la enfermedad, se dio orden al presente capítulo siguiendo los niveles planteados por el modelo de determinantes sociales de la salud (DSS). Así, en el nivel singular se abordó la concepción de las personas sobre la enfermedad vascular periférica como una patología crónica y como un evento sistémico que afecta ámbitos que rebasan el diagnóstico médico y comprometen la calidad de vida en salud de los pacientes de forma incontestable y permanente. A nivel intermedio se discute el trámite y las rutas de atención de la enfermedad desde la posición de los pacientes y las relaciones que se tejen en torno a la enfermedad que vinculan a otros actores, algunos cercanos a los enfermos crónicos y otros que se van conociendo: cuidadores, comunidad, vecinos, amigos, familiares, médicos, laboratoristas, enfermeros, administradores en salud, secretarías y otros más; esto nos habla del entorno cercano con el que interactúa comúnmente el paciente. A nivel estructural se analiza el influjo de las políticas, programas y/o proyectos que rigen a los sistemas de salud, la economía de país o los sistemas de protección social. Por último, se analizan la producción y la interrelación

social de los conocimientos y prácticas de pacientes y de profesionales del área de la salud sobre la enfermedad, conectando con la generación de representaciones que se vinculan con otros saberes, creencias y valores ya existentes.

15. Las nociones sobre la enfermedad: contraste de narrativas entre profesionales de la salud y pacientes

Según el relato de los pacientes entrevistados se suele identificar el momento específico en que inicia la enfermedad. Ese momento se torna como una relectura del pasado desde el momento presente (Becker, 1999), que implica hacer memoria de lo acontecido y escoger lo que de ello se quiere contar, ya que involucra repetir una historia que, muy seguramente, han contado en muchas ocasiones (Turner & Bruner, 1986). Esa historia permite que se observe la existencia de una etiología de la enfermedad asociada a las actividades productivas que son desempeñadas por hombres y mujeres, que socialmente se conciben como una distribución sexual del trabajo en zonas rurales, por lo que las personas establecen una relación entre lo que hacían a menudo y el origen de la enfermedad.

Para los pacientes conocer su dolor es algo natural pues es el propio cuerpo el que lo vive; empero, lo llamativo es que no saben nombrar esas dolencias como una enfermedad concreta y lo que se observa a la hora de narrar la enfermedad mediante figuras retóricas como las metáforas (Sontag, 2003), pues como indica Núñez *“se trata de narraciones sobre el dolor bastantes fenomenológicas en su aproximación, y que utilizan metáforas e imágenes para intentar describir una experiencia tan íntima y corporal que se hace difícil de traducir en palabras”* (2013, p. 350).

También las narraciones hechas por los pacientes permiten observar una nostálgica comparación entre el antes y el después de la enfermedad. La nostalgia los lleva a concluir que: la edad no es lo que envejece, lo que envejece es la enfermedad. Zorrilla (2002) hace una afirmación en esta misma línea al decir que el envejecimiento no es una enfermedad, incluso teniendo en cuenta que muchos adultos mayores llegan a desarrollar discapacidades asociadas a procesos crónicos que derivan del envejecer o de patologías que se adquieren en

otras etapas de la vida, y que se van volviendo crónicas (2002). En lo expresado por los sujetos entrevistados, la enfermedad tiene un origen inesperado que incrementa el recuerdo por la época en que se estaba sano una vez deviene el agravamiento de las dolencias crónicas.

Especialmente en los hombres mayores de 60 años que han experimentado procesos traumáticos como la amputación de miembros inferiores o largas jornadas de hospitalización, se hizo evidente el temor a perder la autonomía y, por consecuencia, los roles que los han caracterizado dentro su entorno, a causa de posibles complicaciones a futuro de la enfermedad vascular periférica y las emociones negativas que acompaña esta situación. En relación a lo anterior, la medicina comprende ese temor partiendo de entender que la vejez conlleva a una sensación de fragilidad mayor donde aparece un “[...] estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad” (Buchner & Wagner, 1992). No obstante, los pacientes anotaron que este temor no está siendo tenido en cuenta por parte de los profesionales sanitarios que les atienden a pesar de que existen en el municipio programas para el acompañamiento al adulto mayor.

Ahora bien, en palabras de Gádamer *“La angustia y el miedo se encuentran en estrecho contacto con las situaciones de hallarse amparado y de quedar repentinamente expuesto a lo vasto y a lo desconocido”* (1996, p. 168). El temor es entonces en un plano filosófico traducible a una angustia o desasosiego por el futuro que aparece ante la condición que enfrentan. Aquí algunos pacientes manifestaron preferir morir que perderse por completo en el dolor o la incapacidad. En este momento son necesarias las estrategias de afrontamiento y de manejo temprano de la enfermedad crónica para que no cursen con estados complicados a nivel psicoafectivo (Simonet & Santesmases, 2011).

De otra parte, la salud es definida como una condición integral y resultante de los hábitos de vida que han adquirido las personas, del cómo se sienten y de cómo están aquellos a quienes aman. En general, la conciben como una sensación físico-mental de bienestar. Esta definición es afín a la difundida por la Organización Mundial de la Salud donde se le considera como *“[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de*

afecciones o enfermedades” (Moreno, 2008) y concuerda con lo indicado por los profesionales sanitarios entrevistados.

En contraste, la enfermedad es considerada por los galenos como una pérdida de homeostasis entre mente y cuerpo lo cual influye en los síntomas que los pacientes pueden tener. Desde la perspectiva de la OMS (s.f.) la enfermedad es una "*alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible*". Por su parte los pacientes definieron la enfermedad como una condición de tristeza e intranquilidad, un momento de vida que *debería* tener un inicio y un fin casi inmediato; consideran la enfermedad como la pérdida de una condición que poseían de modo integral. Así, la descripción de la enfermedad se acerca más a la definición que se obtiene desde la antropología médica en la que se le considera como una forma de comunicación, más concretamente como "*el lenguaje de los órganos*" (Scheper-Hughes & Lock, 1987, p. 31). Un lenguaje en el que distintas esferas hablan, por ejemplo: la cultura, la biología o naturaleza y la sociedad (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Desde esta perspectiva antropológica el cuerpo es entendido como un territorio donde distintos fenómenos se escenifican y se unen a las luchas personales y colectivas por el sanar (Scheper-Hughes & Lock, 1987).

En este sentido la idea de enfermedad llega a ser más amplia que aquella indicada por los profesionales de la salud y se vincula con formas concretas de interpretación subjetivas donde las emociones y las sensaciones que se asumen durante la enfermedad se reconocen como un estado que afecta la propia estima (Moreno et al., 1997). Del mismo modo, en esta relación de emociones y sensaciones la enfermedad les permite a las personas, de cierta forma, adoptar una conciencia sobre el cuerpo.

En palabras de Moreno-Altamirano (2010) es vital distinguir entre sentirse y estar enfermo puesto que, las sensaciones se encuentran en lo profundo de las capacidades afectivas y simbólicas de los pacientes (Moreno-Altamirano, 2010). Enfermar entonces surge de la historia de vida y crea una historicidad que llega a involucrar al entorno, reclamando el "[...] *interpretar las sensaciones, las percepciones, la memoria y la experiencia de la enfermedad,*

tanto en el contexto histórico, externo y lineal, como en el simbólico, interno y subjetivo, que se miden por la intensidad emocional y están íntimamente relacionados (Moreno-Altamirano, 2010, pp. 153-155).

Lo dicho hace notorio un vínculo tácito entre los estados de salud, las sensaciones y las formas en que las personas asumen que son concebidas por otros actores de su entorno e incluso por ellos mismos. Entonces, la forma de percibirse frente a la nueva realidad que implica la enfermedad perturba al paciente y, por ende, diezma el relacionamiento de los sujetos en ámbitos más profundos de la cotidianeidad. La concepción de la enfermedad como algo meramente negativo se da, igualmente, cuando las dolencias le impiden al paciente desenvolverse como lo solía hacer. La narrativa de los sujetos denota una cierta melancolía al observar los profundos cambios en la vida y la incertidumbre por el futuro, al punto que en algunos pacientes sobreviene un derrumbe del constructo personal y la identidad que tiene el sujeto de sí mismo.

Los anteriores hallazgos son análogos a lo reportado en un estudio sobre enfermos crónicos realizado en California por Charmaz (1983, 1991) citado en: Ibarra & Siles (2006), donde se encontró que los pacientes pueden experimentar a menudo la idea de sí mismos de manera deteriorada, siendo incapaces de asumir una autopercepción positiva que alcance a ser similar al valor subjetivo que se otorgaban antes de enfermar. Posicionarse frente a la vida de esta forma genera diferentes tipos de consecuencias, tales como una vida más aislada socialmente, capacidades disminuidas para llevar una vida cotidiana y considerarse una carga para sus cuidadores (Ibarra & Siles, 2006). Todo lo encontrado por los autores en su investigación se transforma en la combinación perfecta para que existan en los pacientes crónicos factores que reduzcan el sentido de la estima de sí, a menos que logren condensar las capacidades suficientes para hallar en medio de las dolencias otras formas de triunfo personal (Ibarra & Siles, 2006).

La narración de la enfermedad también aparece como una estrategia que les permite ir midiendo el nivel de confianza con la persona que hablan; por ello comprenden la diferencia entre ser escuchados por un médico o por un antropólogo (Masana, 2013). De ahí se logran

acercamientos que brindan la posibilidad de entender que la enfermedad contiene un sentido narrativo que busca desde el padecimiento dotar de sentido la experiencia del presente (Masana 2013; Puerta, 2015), justificando su estado de salud y redefiniendo su identidad en relación con un proceso que les ha generado dolor y transformaciones significativas (Kleinman, 1988; Puerta, 2015). Afín a lo anterior se tiene el análisis de la narrativa de los pacientes crónicos realizada por Masana en 2013, quien indica que *“la experiencia de la enfermedad crónica está impregnada de incertidumbre”* (p. 233) pues, ni el paciente, los galenos o los familiares pueden saber con precisión cuándo habrán recaídas y fases de mayor o menor dolor. Las enfermedades crónicas desafían el curso más o menos natural que tienen otras enfermedades (Masana, 2013) y, asimismo, problematizan el vivir una vida con temporadas buenas y otras malas, llegando a condicionar las expectativas de los pacientes y sus cuidadores, proyectando a los padecimientos como un reto más dentro de la existencia humana (Masana, 2013).

Durante el siglo XIX la biomedicina posicionó un vínculo fuerte entre las emociones y otro tipo de enfermedades crónicas: las mentales. En palabras de López esto se dio *“[...] debido a que la emoción ha sido considerada un acto disruptivo de la inteligencia, que conllevaba eventualmente a la pérdida de la razón y que, por ende, daba origen a comportamientos considerados patológicos”* (2014, p. 159). Esta consideración se ha hecho extensiva a los imaginarios de las comunidades y puede decirse que ha llegado a generar una tendencia en la que los pacientes sienten temor o vergüenza de manifestar que padecen alguna enfermedad psicosocial como la depresión, el estrés postraumático o la ansiedad; sin embargo, cuando lo reconocen, expresan que estas patologías están siendo desatendidas en el ámbito rural y que no se ha concebido por parte de sus EPS una forma integral de atención que entienda la situación como un proceso que puede emerger a consecuencia de la afectación a la calidad de vida que genera la enfermedad vascular periférica.

Desde la perspectiva de la antropología médica esto debería suceder así ya que las emociones hacen parte de las experiencias individuales y colectivas de los seres humanos y dotan de sentido al accionar emotivo de las personas (López, 2014). Las emociones y los significados que se le otorgan, según López se construyen socialmente por medio de las relaciones

humanas, las cuales generan marcos explicativos y comprensivos relativos al sentir de los sujetos (2014). Las emociones se constituyen en elementos simbólicos de alta importancia en la determinación de la identidad del ser humano, y terminan por formar parte de las dinámicas culturales que se experimentan (López, 2014). En ese sentido, es posible afirmar que “[...] *las emociones deben ser entendidas fuera de las coordenadas médicas que las reducen al marco de lo normal y lo patológico y las universaliza como procesos psicofisiológicos únicamente (o cuando más) cognitivos [...]*” (López, 2014, p. 163).

El análisis de las emociones y los sentimientos en el ámbito de la salud es infrecuente pues los médicos no acostumbran a observar el comportamiento y el discurso del paciente al interior de las consultas (Alberti, 2006; López, 2014), lo cual impide reconocer algunas de esas situaciones que los pacientes piden que sean mejor atendidas. Ante lo dicho los médicos del Hospital Gabriel Peláez opinaron que realizar esos análisis correlativos son necesarios y permiten atender al paciente de forma más holística; sin embargo, manifestaron que el tiempo de duración de las citas médicas, la cantidad de personas por atender y los requisitos que deben cumplir a la hora de documentar la historia clínica de los pacientes pueden llegar a impedir que sean abordadas todas estas situaciones; aun así lo intentan en la medida de sus posibilidades y redireccionan al paciente a los programas de apoyo en salud mental que se adelantan.

En este nivel de observación se tiene que la vivencia de la enfermedad vascular periférica puede ser asumida de forma positiva o negativa dependiendo de la actitud del paciente y su estructura personal. Unos pacientes consideraron que el aspecto positivo se asume desde la posibilidad de revisar los estilos de vida que se han llevado o porque la actitud afectiva y de apoyo por parte de seres cercanos fortaleció los lazos familiares. Lo negativo se relaciona con la idea de que la enfermedad es un castigo o una condición buscada por no cuidarse en años de la juventud.

Aquí es viable retomar la idea de que, la mirada comprensiva sobre los estados de salud permite rescatar las causas de la enfermedad que no son fácilmente rastreables. Para el caso de la zona rural de Jardín y desde lo relatado por los pacientes esas causas suelen encontrarse

asociadas con los hábitos alimenticios, la ausencia de deporte y la poca consistencia a la hora de sobrellevar un estilo de vida saludable. Lo anterior llama mucho la atención ya que, desde lo dicho por los pacientes en relación con las formas de concebir una vida sana no implicaba, necesariamente, coherencia con los comportamientos que seguían a la hora de cuidar de ellos mismos; pero sí se vincula con la idea en la que la salud es el resultado de la manera en que se ha vivido, más que el efecto de la edad o de factores hereditarios. Así, el resultado de la condición actual de salud se acostumbra a asumir como algo que ya ellos mismos sabrían que sucedería por lo que se asume que una de las causas principales de la enfermedad es el modo de vivir. Un comportamiento similar frente a la idea de *la enfermedad como consecuencia de un modo de vida específico* fue analizado para grupos de pacientes con tuberculosis; los autores del estudio manifestaron que la enfermedad puede tener una génesis que deriva de la experiencia subjetiva de lo moral y lo socialmente establecido. Así a la enfermedad se le otorga una función específica que consiste en sancionar por parte de la sociedad a quien enferma por lo que “[...] *la vida es aquí un escenario del hombre en constante lucha por mantener un orden o equilibrio y cualquier contratiempo es resultado de un comportamiento que no va de acuerdo con las reglas establecidas*” (Alvarez-Gordillo et al., 2000, p. 525).

Por su parte, el sistema biomédico termina responsabilizando al paciente por su enfermedad haciendo énfasis en que es producto de sus estilos de vida (Gunderman, 2000), quitándole responsabilidad en la problemática al sistema de salud. En algunas esferas de los estudios de antropología médica se ha abogado por la noción de que las causas de la enfermedad y la mortalidad aparecen como una mala gestión de las emociones por parte del individuo, lo que vuelve a dejar en responsabilidad de un solo actor el estado de su salud (Scheper-Hughes & Lock, 1987).

En otro orden de ideas, diversos estudios han documentado que las enfermedades no transmisibles se vinculan con la salud mental de las personas y concluyen que pueden agravarlas (Davidson, 2012; Huffman et al., 2013; Moussavi et al., 2007). De las entrevistas a los pacientes se logra colegir que comprenden que esto puede suceder, más no saben cómo actuar o siquiera reconocer qué les puede estar pasando a partir de una asociación entre la enfermedad de base y los trastornos psicoafectivos concomitantes que pueden influir

directamente en la progresión de las enfermedades crónicas; según Diez-Canseco, et al., “[...] los pacientes con depresión tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad” (2014, p. 132).

La coexistencia de enfermedades psicosociales aumenta la amplitud de etiologías que pueden ser consideradas como comorbilidades de las enfermedades vasculares periféricas; no obstante, para Diez-Canseco y colaboradores, (2014) existe un subdiagnóstico de enfermedades como la depresión o la ansiedad con relación a las enfermedades crónicas, lo cual ha imposibilitado dimensionar la relación entre patologías. Asimismo, se documenta que enfermedades como la depresión pueden causar interferencias negativas en el manejo, seguimiento y adherencia a los tratamientos indicados para otras enfermedades, lo que, a la larga, termina por afectar la calidad de vida de las personas (Davidson, 2012; Huffman, et al., 2013). En general, “[...] el estudio de la calidad de vida de pacientes crónicos [...] demuestra que los pacientes con al menos un trastorno comórbido añadido declaran una peor calidad de vida en todas las dimensiones, tanto en las funciones físicas como en las mentales” (Simonet y Santesmases, 2011, p. 302). Empero, fueron pocos los pacientes entrevistados que relacionaron las comorbilidades de tipo psicosocial o metabólicas, con sus síntomas corporales de enfermedad vascular periférica.

16. La búsqueda de la salud: un laberinto enmarañado

Desde la perspectiva de los pacientes como de los profesionales del área de la salud entrevistados se puede afirmar que las rutas de atención de la enfermedad, en general, son complejas, pues se encuentran atravesadas por trámites burocráticos, barreras geográficas, falta de recursos económicos, desconocimiento de derechos por parte de los pacientes o de estrategias efectivas para hacer frente a cada proceso que implica su itinerario terapéutico. Estas dificultades, en palabras de Sánchez-Vanegas y colaboradores (2013), derivan en que algunos pacientes terminen por aprender sobre cómo lidiar con el sistema de salud, dentro de él y por fuera del mismo.

Por lo tanto, uno de los mayores inconvenientes para el enfermo crónico radica en que además de encontrarse batallando contra una enfermedad, debe lidiar, entre muchas cosas, con un sistema de salud cargado de procesos burocráticos complejos que no se comprenden plenamente, con largas jornadas de espera en los lugares de atención, la cancelación de citas de forma abrupta, recomendaciones médicas sin que se conozca a fondo la historia del caso, con las distancias entre su vivienda y los sitios de salud, con las diferencias culturales en lugares que le son extraños y con la ausencia de compañía constante, entre un largo número de situaciones complejas que debe atender y vivir (Sánchez-Vanegas et al., 2013).

Frente al anterior panorama, los pacientes acuden a sistemas de atención alternativos o híbridos ya que, el paciente puede presentar un desgaste ante lo complicado del proceso de atención institucionalizado que lo estimula a indagar por maneras alternativas de atender su salud, pero manteniendo la relación con el sistema biomédico. Los itinerarios terapéuticos híbridos pueden ser interpretados como un sincretismo que respalda por igual sus creencias sobre cómo deben ser atendidos y tratados.

Las costumbres y la cultura permiten comprender la razón de ser de estos comportamientos, ya que, la concepción de itinerarios terapéuticos desde la antropología médica se suele asociar con la necesidad de cada sujeto por *“satisfacer sus creencias de sanación al hacer trayectorias voluntarias entre las distintas opciones terapéuticas disponibles”* (Abadía &

Oviedo, 2010, p. 95). Entonces, siguiendo a Yepes y compañeros, (2018) se puede afirmar que el trasegar del paciente inicia desde el autocuidado, pasando por la búsqueda de prácticas terapéuticas dadas por un profesional en salud o no; en ese camino tan dispendioso el enfermo se verá obligado a hacer frente a la realidad que experimenta reflejándose en el cambio de estrategias, en la modificación de sus expectativas o en la aceptación de condiciones que no reconocía. Así, los itinerarios terapéuticos se convierten en un recorrido que no se restringe al modelo biomédico y sus estructuras o instituciones “[...] sino que son el camino que obliga la dolencia” (Yepes, et al., 2018, p. 100).

Situaciones como las anteriormente descritas encajan perfectamente en lo que Abadía y Oviedo (2010) denominan *itinerarios burocráticos del sistema de salud*. Dicha categoría engloba demandas que se vuelven obligatorias para los pacientes y que son relativas a procesos administrativos, financieros o jurídicos impuestos a la hora de acceder a una atención de salud apropiada (2010, p. 95). Por lo tanto, los itinerarios “[...] se componen de las luchas por el acceso a la atención en salud por parte de las/os ciudadanos, las fallas estructurales del funcionamiento del sistema, y las consecuencias perjudiciales para la vida de las personas” (Abadía & Oviedo, 2010, p. 95).

Para el caso del presente estudio las diversas y complicadas rutas de atención institucional fueron relatadas por los pacientes como asuntos anecdóticos en los que el campesino es considerado un ser pasivo o inocente frente a las situaciones que debe enfrentar en el hábitat urbano, lo cual dista de la realidad en la medida que existen respuestas que contravienen la manera en que pueden ser descalificados por el personal biomédico y explica, de algún modo, la baja adherencia a las recomendaciones o la poca participación en las actividades comunitarias de promoción y prevención.

En otro nivel de análisis, ante el inadecuado y negativo imaginario alrededor del paciente campesino como agente pasivo, las personas y los grupos humanos pueden desarrollar acciones tanto individuales como comunitarias de resistencia ante las formas burocráticas del sistema, tales como: “[...] acciones individuales relativamente anónimas como el sabotaje,

los chismes, la rusticidad o los desafíos estéticos, como yo prefiero llamar a los atentados contra el orden ideal y oculto planteado desde arriba” (Monroy Álvarez, 2003, p. 150).

La percepción negativa de la atención sanitaria y la falta de acciones institucionales que permitan entender los procedimientos adecuados para una ruta de atención apropiada se traduce, por parte de los pacientes, en una crítica negativa al sistema, en general, por los engorrosos procesos administrativos o burocráticos, llevándolos a no terminar gestiones iniciadas o en casos más extremos, acudir al autodiagnóstico y la autoatención (Menéndez, 1996, 2015, 2018).

De otra parte, en la presente investigación se logró precisar que la enfermedad crónica afecta el rol social de las personas en aspectos productivos e identitarios, toda vez que el paciente se observa a sí mismo frente a las actividades y labores que ha tenido que abandonar a causa de las dolencias, molestias o por recomendaciones médicas. Esto deriva en que se mengüe o se pierda completamente las actividades o roles que solían cumplir a nivel familiar o comunitario para asumir un nuevo rol que no ha elegido: el de enfermo. En esencia, para Ibarra y Siles *“Los pacientes crónicos tienen que enfrentarse a la imposibilidad de volver a desempeñar roles de forma normal, o de ajustar sus actividades a un trastorno permanente”* (2006, p. 131). En el presente estudio esta situación fue patente en los casos de pacientes que vieron cómo sus vidas son interrumpidas por condiciones críticas de la enfermedad; frente a ellos se encuentran quienes logran sortear de una u otra forma la enfermedad. Este proceso tan complejo provoca un cambio en la autoimagen y obliga al paciente a redefinir el papel que adoptaba dentro de sus entornos.

Aquí ocupan un lugar especial las estrategias de afrontamiento (Ortiz, et al., 2014) y la resiliencia (Cyrułnik, 2003) como factores de protección frente a las situaciones socioculturales que inciden en el enfermo crónico. Las primeras siguiendo a Ortíz, et al. (2014) se refieren a todo aquel proceso de adaptación que los sujetos implementan a través de procesos cognitivos y comportamentales con el fin de modificar una situación. Ahora bien, en términos prácticos se trata también de que los pacientes propendan por orientar sus emociones, busquen encontrarle un sentido a la enfermedad y que logren batallar contra la

frustración que puede derivarse de su padecimiento o de las condiciones del entorno (Ortiz, et al., 2014). La segunda es un concepto que nació de la física y que se relacionaba con la capacidad de un cuerpo a la hora de resistir un impacto (Rodríguez, 2009, p. 293). En las ciencias sociales y humanas el concepto de resiliencia trasciende de los objetos al ser y se define como *“la capacidad de triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo”* (Cyrułnik, 2003, p. 10).

Estas categorías (estrategias de afrontamiento y resiliencia) pueden ser leídas en los discursos de las personas entrevistadas a partir de la forma en cómo desde el dolor le han dado la vuelta al panorama y lo han dotado de un sentido diferente, sacando a relucir que a pesar de las condiciones en que pueden encontrarse por la enfermedad, sus secuelas o por condiciones del entorno, deciden tener la capacidad de afrontar la adversidad a partir de reconocer en ella lo bueno que aún le atribuyen, entonces *“La resiliencia define el resorte de los que, habiendo recibido un golpe, han podido sobrepasarlo”* (Cyrułnik, 2003, p. 9). Para Wagnild citado en Cabrera, Aya y Cano (2012) los sujetos resilientes han desarrollado capacidades para escoger un estilo de vida más activo y auténtico, proponiéndose vivir sus vidas a plenitud; lo que lleva a concluir que *“[...] en medio de la adversidad, el ser humano trata de descubrir y potenciar aquellas capacidades, aptitudes y acciones positivas que pudieran ayudarlo a fortalecerse como persona”* (Cabrera et al., 2012, p. 152).

Esas acciones o aptitudes positivas a las que apunta Wagnild pueden considerarse como estrategias de afrontamiento. Para el caso de las personas entrevistadas las estrategias más implementadas son: la búsqueda de redes de apoyo, bien sean, familiares o comunitarias, el resguardo en las creencias religiosas, la apelación a principios educacionales y la sólida manifestación de esperanza en los tratamientos y en los médicos, sean alópatas u occidentales-. De estas acciones emana la fuerza de solventar la enfermedad o establecer mecanismo de adaptación, realizando, por ejemplo, caminatas entre veredas, el respaldo familiar, la actitud positiva en las palabras para referirse a la enfermedad y, sobre todo, la aceptación del cambio a una nueva realidad corporal y psíquica. Una de las estrategias de afrontamiento más importante para Ortiz, et al., (2014) es la búsqueda de apoyo profesional;

sin embargo, para los entrevistados este es el recurso menos usado, en sus palabras debido a que no sabían que podían pedir acompañamiento, por ejemplo, psicológico.

En esta perspectiva, para los entrevistados el bienestar atraviesa lo individual y lo familiar, es decir, se asume como una adecuada satisfacción de necesidades básicas y a la seguridad económica tanto para la persona como para el entorno cercano. El bienestar social se traduce en la posibilidad de resolver de manera más afectiva la atención de la dolencia. Así, encontramos un paralelo con lo manifiesto por Hicks, Epperly y Barnes (2001) citados en Vivaldi y Barra, quienes manifiestan que el bienestar se ve influenciado por factores como la edad, el estado civil o el género; no obstante, el apoyo social es uno de los indicadores más trascendentales de bienestar que valoran las personas (2012, p. 24).

En este mismo orden de ideas, las redes de apoyo familiares y comunitarias se convierten en un espacio necesario para la reestructuración identitaria de los enfermos crónicos, en momentos donde la fragilidad física y la coexistencia de estresores psicosociales pueden dificultar el proceso de recuperación. El soporte familiar y las redes de apoyo, conforme a lo dicho por los entrevistados son bastiones importantes en el proceso de sanación.

Un componente fundamental en las redes de apoyo lo representan las personas que dedican su vida a cuidar de los enfermos crónicos, generalmente la pareja o los hijos, quienes a la par que cuidan deben atender sus propias necesidades (Barrera, 2000). Esto explica porque la enfermedad de un ser querido puede llegar a enfermar a su cuidador y a todo su entorno inmediato de diferentes formas. Por eso, en la literatura científica hay estudios que demuestran la necesidad de prestar atención a quienes acompañan a la persona enferma ya que, pueden verse expuestas a demasiadas emociones y sentimientos encontrados, tanto positivos por la satisfacción de ayudar a un ser querido, como negativos por la sensación de impotencia, la culpa, la soledad, las preocupaciones, el cansancio y la frustración (Barrera, 2000). De igual forma, puede suceder que existan conflictos con las tareas laborales del cuidador por encontrarse atendiendo a la persona enferma. También se llegan a generar situaciones complejas en la parte social y recreativa del cuidador puesto que “[...] se provoca en el

cuidador una reducción del número de actividades sociales, de ocio, productivas, y aparecen sentimientos de aislamiento del mundo que lo rodea” (Barrera, 2000, p. 234).

Frente a todas estas situaciones que vive el cuidador se pueden desarrollar factores de estrés que derivan en enfermedades psicoafectivas. En este orden de ideas, Rojas manifestó que se hace necesario gestionar espacio de reflexión por medio de la participación en grupos que fomenten la concreción y el establecimiento de redes de apoyo (2007). Esas redes de apoyo y el escuchar la experiencia del otro que también cuida a sus seres queridos logra derivar en la gestión de las emociones personales a través del desarrollar cualidades como la paciencia y otras habilidades de cuidado que favorecerán tanto a quien se cuida como a quien se protege al cuidar a otro (Rojas, 2007, p. 44).

17. Un proceso biosocial total. Condiciones estructurales que inciden en el proceso salud/enfermedad/atención

Las personas entrevistadas manifestaron que la relación médico-paciente puede llegar a ser bastante compleja. Para algunos autores dicha relación puede definirse como asimétrica (Masana, 2013) e incluso conflictiva (Menéndez, 1983; 1985, 1996, 2015). El médico, según la tendencia en las experiencias narradas por los enfermos crónicos del estudio, usualmente, no suele dar valor a la opinión del paciente o los conocimientos que pueden tener sobre el tratamiento de la enfermedad aprendidos a partir de formas de autocuidado no estandarizadas. Del mismo modo, el paciente siente que no puede expresar otros aspectos de tipo emocional, sentimental, afectivos o de problemáticas familiares y económicas relacionadas con el manejo y trámite de su patología, pues parecerían poco importantes a la hora de conversar con los galenos.

La asimetría en el trato se deja ver desde el manejo de conceptos técnicos por parte de los médicos que no son explicados y relacionados para el contexto sociocultural del campesino. Según Ingala y Araz-Raqui citados en Gómez, (1989) los profesionales de la salud hablan un lenguaje que el paciente no logra comprender y esto resulta más complejo cuando se trata de comunidades rurales con un bajo nivel de escolaridad resultante de asimetrías estructurales con relación a los entornos urbanos. Igualmente, los pacientes pueden llegar a confundir al médico ya que, todo relato que realice tanto el paciente como el profesional sanitario se encontrará delimitado por una historia particular que los condiciona a una posición subjetiva y experiencial; no obstante, si están en el mismo lugar es porque tienen un fin en común: la curación. Por lo tanto, es de vital importancia que “[...] *el médico reconozca que la palabra tiene efectos sobre el cuerpo y que el síntoma tiene un sentido. El enfermo no se libraré del síntoma hasta que su sentido no haya sido captado por medio de la palabra*” (Gómez, 1989, p. 185).

Así las cosas, los pacientes del estudio comentaron repetidamente que los términos médicos les resultan difíciles de entender lo que obstaculizaba la comprensión frente a la terapéutica y los cuidados que debían seguir, llevándolos a tomar, en algunos casos, la ruta de medicinas

alternativas, el conocimiento popular o la autoatención, sin dar por descontado la posibilidad de retornar al sistema de atención biomédico cuando no hay mejora o sobrevienen las complicaciones. En este orden de ideas, De la Cruz y colaboradoras (1998) han analizado la procedencia de estas disyuntivas entre médicos y pacientes a un punto en el que consideran que las cuestiones de índole cultural, o las derivadas de la historia de vida del paciente y sus conocimientos aprehendidos por costumbre, frente a la posición del galeno con una tendencia hacia la lógica aprendida a partir de fundamentos biológicos puede entorpecer el trato interpersonal, pues los alcances con los que se observa la realidad del otro no se comunican con los raciocinios propios, o en casos más extremos las diferencias se romantizan o fetichizan (De la Cruz et al., 1998). Para Masana (2013) este hecho narrativo de contrastes entre quien brinda la atención en salud y el enfermo debe trascender, ya que, históricamente, se les ha atribuido a los médicos una incapacidad para hablar con los pacientes de forma relacional, por lo que la autora propone *“que los médicos aprendan qué hacer con las narrativas de sus pacientes, cómo escuchar e interpretar lo que les cuentan, y hacerlo con humildad”*(Masana, 2013, p. 245).

El grado de satisfacción por la atención recibida no fue bueno en la mayoría de las entrevistas; no obstante, se anota que la experiencia puede variar significativamente si se tienen en cuenta condiciones contextuales que van más allá del relato de los síntomas y el diagnóstico por parte de los galenos. Por ejemplo, para los pacientes del estudio es importante revisar aspectos relativos a la atención en el consultorio médico, como la duración de la consulta, la proporción del tiempo en el profesional de la salud escucha atentamente al paciente, las devoluciones y orientaciones dadas de forma sencilla y las formas en que el médico atiende a la persona demostrándole respeto por su condición.

Una queja recurrente se dio por aquella práctica de los médicos de escribir en el computador la historia clínica sin ahondar en las razones que motivan la visita al consultorio y que pueden estar incidiendo en el estado de salud de la persona; esta práctica que puede llegar a parecer deshumanizada y mecánica, impacta en el paciente de múltiples formas, e incluso puede generarle más frustración, ansiedad y desasosiego que los mismos síntomas que viene experimentando y que lo condujeron hasta la consulta médica (Mira & Aranaz, 2000). Frente

a esto los profesionales de la salud comentaron que estas dinámicas obedecen a las posibilidades de tiempo que brinda el sistema y que, aunque quisieran ahondar mucho, están supeditados a sistemas de control interno que los limitan. No obstante, en la norma el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el marco de la política de Atención Integral en Salud (2016) indica que los modelos de atención a pacientes que se dictan desde la institucionalidad deberán tener la capacidad de evaluar las necesidades de las poblaciones, reestructurar la prestación del servicio cuando se requiera, priorizar los procesos a seguir durante la atención, establecer procesos asistenciales íntegros que permitan que todos los actores del sistema jueguen un papel importante en la atención de los pacientes, desarrollar las capacidades de gestión de información sistematizada y confiable que pueda apoyar y dar soporte a la toma de decisiones clínicas (Contel & Martínez, 2011).

Un aspecto determinante a nivel estructural se relaciona con las brechas entre lo rural y lo urbano, evidenciando desigualdades sustanciales que se inscriben en la territorialidad y las relaciones de poder político-normativas que regulan ambos contextos (Otálvaro et al., 2017). En el caso de Jardín, el acceso a la salud desde el área urbana es más sencillo pues se cuenta con zonas de atención como el hospital, consultorios privados, farmacias y laboratorios, entre otros; no obstante, para el caso de la zona rural, las distancias entre las distintas veredas y el centro urbano hacen difícil el traslado oportuno hacia los lugares en los que se ubican los servicios de salud; esta situación se hace más crítica cuando las personas tienen dificultades de movilidad por su dolencia.

A la situación anterior habría que sumarle problemas económicos que la población campesina puede tener, ya que la inequidad y la pobreza se convierten en la realidad social de gran parte de la población asentada en zonas rurales, y más si se tiene en cuenta que *“la mayoría de los hogares rurales (65%) viven en condiciones de pobreza o de pobreza extrema (33%) y sin acceso a servicios de calidad”* (Spijkers & Baribbi, 2011, p. 6). Además, los ingresos económicos de los campesinos se encuentran supeditados a las ventas de productos y animales que puedan cosechar y criar en sus casas, al jornal que se ganan en las fincas donde laboran o de ayudas que vienen de familiares que pueden encontrarse en otros lugares del país, por lo que, la precaria afiliación a los sistemas de salud se ve explicada toda vez que no

conversa con la realidad de los ingresos percibidos por los campesinos frente a los pagos que deben realizar al pertenecer a alguna entidad o institución prestadora de servicios en salud, igualmente se manifiesta en el acceso poco oportuno y la falencia en las asistencias a los seguimientos y chequeos médicos (Hernández, 2002).

En los contextos rurales, se hace visible que la salud se ha tercerizado con el fin de transformarla en un negocio rentable para el Estado y las aseguradoras con el agravante que *“el hecho de vivir en medio rural, además de ser un elemento que determina la ocurrencia de la enfermedad, está fuertemente relacionado con una baja probabilidad de obtener un diagnóstico oportuno”* (Sánchez et al., 2013, p. 203).

En un nivel de análisis diferente, los determinantes sociales de la salud estructurales invitan a revisar las diferencias de género en cuanto a desigualdades en la atención, las concepciones sobre el autocuidado y los referentes culturales frente a los modelos de atención. En las entrevistas se hizo notorio que los hombres tenían una posición crítica frente al sistema y una mayor reticencia a asistir a consulta médica. Por su lado, las mujeres centraban su opinión en la experiencia dentro del consultorio y en la sensación que les generaba la interacción con los médicos y profesionales del área de la salud; sin embargo, cuando la enfermedad obligaba a buscar apoyo para afrontar las dolencias y luchar por la salud la decisión de conseguir ayuda médica no presentaba diferencias entre ambos sexos.

Las disparidades en los motivos y la experiencia de asistir al sistema biomédico obedecen, entre varios aspectos, a discrepancias debidas a la exposición diferencial a los riesgos, que está socialmente condicionada. El sexo masculino es más propenso a asumir riesgos, lo que podría justificar la accidentalidad en los trabajos y las muertes violentas. En las mujeres es más usual que se les inculque el cuidado de sí y de los otros desde tempranas edades, por lo que la exposición a riesgos en este caso está más ligada al contacto con niños y procesos a nivel psicoafectivo (Castro & Bronfman, 1993). De igual forma, existen diferencias ocasionadas por factores psicológicos y sociales; son las mujeres quienes han sido más orientadas a percibir la enfermedad, a desarrollar capacidades evaluativas de los riesgos y suelen cumplir más el tratamiento médico que los hombres (Castro & Bronfman, 1993).

También se pueden relatar diferencias a partir de sesgos de tipo sexista de parte de algunos profesionales de la salud, que tienden a pensar que las mujeres son seres más frágiles que los hombres, lo que las dota instantáneamente de una predisposición impuesta a que enfermen más psicológicamente y físicamente (Castro & Bronfman, 1993). Según lo dicho, para Castro y Bronfman, que los galenos piensen de esta forma ha generado que diagnostiquen más fácilmente con enfermedades a mujeres que a hombres (1993).

Desde la propuesta de Verbrugge (1985) citada en Castro & Bronfman (1993) las mujeres se orientan mejor con respecto al autocuidado, tienen mayor predisposición a la observación del otro cercano, reconocen mejor los síntomas y tienden a cumplir más estrictamente con el tratamiento médico. Sin embargo, desde una perspectiva feminista, culturalmente a las mujeres se le encarga del cuidado, sea de una casa, de los hijos o de un enfermo; mientras a los hombres se les inculca recibir atención por parte de las mujeres (Castro & Bronfman, 1993) y en ninguna circunstancia se contempla la posibilidad de invertir estos roles, que son naturalizados socialmente. Aquí es viable rescatar los nuevos análisis en torno al rol de hombres y mujeres en el autocuidado que se vienen adelantado desde las corrientes feministas actuales, donde el género como categoría analítica brinda la posibilidad de posicionarse de forma crítica ante la práctica de acciones como las mencionadas, ya que los factores subjetivos y personales no tienen un origen biológico o intencionado; sino que, por el contrario, son los contextos sociales y culturales en los que hombres y mujeres se desarrollan y adquieren formas propias de ser los que definen las condiciones desiguales para acceder, aceptar o poner en práctica principios de autocuidado (Cruz-Bello et al., 2014).

En esta misma línea de análisis, la percepción sobre la etiología de la enfermedad se encontró asociada a las distintas tareas socioeconómicas que desempeñan hombres y mujeres en el hogar. Los hombres, al desarrollar labores que demandan mayor actividad física, manifestaron una mayor pérdida de sus capacidades debido a las EVP, dejando como resultado una gran preocupación por el rol que desempeñaban antes de enfermar. Las mujeres, reconocen lo anterior, pero resaltan que las labores domésticas son igualmente demandantes y particularmente estar mucho tiempo de pie, la tenencia de los hijos y la dureza de las labores del campo producen un efecto erosivo en la salud que termina por afectar su

calidad de vida en salud, como a los hombres. Ellos encuentran alivio en los cuidados que tienen los cuidadores, generalmente mujeres, en los momentos en que se agravan las dolencias crónicas. Entonces, ese nivel de impacto no es fácilmente medible, lo que sí se puede asegurar es que *“La enfermedad impacta en el equilibrio emocional y económico de las familias, principalmente porque las consecuencias sociales se reflejan en la incapacidad laboral, la baja productividad y la dependencia familiar”* (Cruz-Bello et al., 2014, pp. 131-132). Así las cosas, los hombres experimentan una suerte de fracaso en sus vidas, puesto que, social y culturalmente han sido concebidos como los dadores o proveedores del hogar. Cuando la salud se ve diezmada esto se puede ver mitigado por el cuidado que dan las mujeres, generándose así una especie de protección compensatoria ante la frustración (Cruz-Bello, et al., 2014).

La identidad puede ser, entonces, entendida como el conglomerado de rasgos físicos, sociales y culturales que determinan la personalidad del individuo y, más allá, como el conjunto *“[...] de características, que establecen quién y qué es una persona. Es el resultado de la interacción colectiva (con los individuos), y de la internalización de pautas de comportamiento, formas de pensar, sentir y actuar adquiridos en sociedad”* (Vázquez-García et al., 2013, p. 4) . Reconocer la identidad del sujeto podría llegar a ser una manera efectiva de “investigar” su enfermedad desde una postura integral. Específicamente, reconocer la identidad campesina permite comprender los miedos a los que se enfrenta una persona que ve diezmada su salud por el hecho de no estar en condiciones de afrontar las inclemencias del clima o la dureza del relieve de los paisajes montañosos del Suroeste. No hay que perder de vista que el paisaje es sinónimo de sustento y arraigo para el campesino, por lo que enfermarse significa una ruptura de las relaciones con un territorio donde se forjan relaciones profundas que constituyen parte de la propia construcción del ser (Salazar & Posada, 2017).

Para cerrar la discusión es importante revisar la forma en que las creencias religiosas pueden llegar a incidir en la enfermedad o en la adherencia a los tratamientos. Para los pacientes entrevistados sus creencias son fundamentales a la hora de dar sentido a la vida y más cuando han pasado por momentos críticos debidos a la enfermedad. Aunque depositan su salud en la fe que profesan y la religiosidad, los médicos representan las manos de Dios obrando sobre

los pacientes para la curación. Por su parte, los profesionales sanitarios comentaron que las creencias pueden entorpecer el tratamiento y seguimiento de la enfermedad de los pacientes, pues han observado que algunos de sus pacientes tienden a creer que su fe, por sí sola, los sanará. Por lo tanto, dejan de lado las prácticas de cuidado y el tratamiento que los galenos les recetan. Esa relación entre religión y enfermedad ha sido ampliamente discutida como factor de riesgo, como estrategia de afrontamiento y como factor protector, entre otras consideraciones.

La enfermedad se acompaña de la configuración de representaciones simbólicas donde las personas depositan la necesidad de buscar respuestas a las condiciones que viven, al dolor que sufren y la búsqueda de un respaldo profundo en el cual depositar su confianza. Ese respaldo que los enfermos encuentran en la fe y la religión puede dividirse en dos niveles de impacto personal: uno tangible y otro intangible. El primero, o tangible, se da por medio de la interacción con otros creyentes y personas que a partir de seguir un camino acompañados por la religión han encontrado una sanación, bien sea física o espiritual, lo que viene a representar para el enfermo crónico una esperanza y una nueva posición frente a la vida al querer aferrarse a esas experiencias positivas que relatan los otros. El segundo, o intangible, se expresa en la profunda creencia de la existencia de “*un algo o alguien*” que estará siempre presto a proteger, cuidar, querer y ayudar al enfermo sin cobrar algo a cambio; ese ser suele asociarse con el Dios judeo-cristiano o con otras representaciones de la religiosidad actual (González, 2004).

Así las cosas, la religión se transforma en una herramienta útil en una variedad amplia de formas ya que, “[...] *provee seguridad, consuelo, sociabilidad y autojustificación*” (González, 2004, p. 24). Desde esta perspectiva la religión, y en un sentido más amplio la espiritualidad, dotan al paciente de estrategias internas y externas para hacer frente a la enfermedad, mermar su angustia y sentir apoyo en el trámite de su dolencia, contribuyendo a la tranquilidad espiritual y emocional de los pacientes pues se convierten en factores psicológicos y socioculturales de protección sumamente íntimos ante el dolor y la enfermedad.

18. Conclusiones

La modificación realizada al modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (Solar e Irwin, 2008) implementada en la presente investigación permitió conocer, desde la perspectiva antropológica, la configuración de concepciones y prácticas sobre la enfermedad vascular periférica a nivel singular, intermedio y estructural. Esta adecuación del modelo en términos metodológicos, integrando elementos antropológicos como la etnografía, posibilitó enriquecer la perspectiva de la enfermedad que se tiene desde los enfoques epidemiológicos y de salud pública convencionales. De esta manera, para cada nivel de análisis se logra concluir lo siguiente:

A nivel singular la salud fue entendida por los sujetos como un proceso complejo e integral, que logra transformar la concepción de mundo de los pacientes cuando modifica el ritmo de vida y trasciende el diario acontecer. Es un concepto que dista de lo meramente biológico o físico, puesto que, también se define a partir de la experiencia de vida, y que, a su vez, se ve influenciado por ideas relacionadas con las emociones y la personalidad. También es un estado de bienestar que puede extenderse y depender incluso de la salud de los seres más allegados. Por su parte, la enfermedad es dotada de condiciones negativas, de miedos e inseguridades, asemejándola a todo aquello que cause sensaciones alejadas de la felicidad y del desarrollo normal de la vida personal y comunitaria; también se le entiende como una irrupción en la salud que debería tener un principio y un fin casi inmediato.

Desde la perspectiva del enfermo el origen de su dolencia se narra como un fenómeno de salud que puede obedecer a los avatares de la vida campesina, es decir que la enfermedad vascular periférica (EVP) puede ser la respuesta a cambios de temperatura bruscos, al exceso de trabajo, a los múltiples partos -en el caso de las mujeres- y por el excesivo tiempo de pie en el trabajo. Además, se identifican factores biológicos asociados al consumo de medicamentos anticonceptivos y factores genéticos.

Los pacientes resaltaron que los modos de vida son un potencial desencadenante de la EVP. Aunque se consideró por parte de los pacientes que los modos de vivir influyen en la salud,

no existe una tendencia hacia un cambio de hábitos antes de sentirse enfermos. La necesidad o el deseo de los estilos de vida surge al momento de enfermarse o cuando se recrudece una dolencia y no como un acto consciente que se realice previamente.

La construcción de una narrativa sobre la enfermedad permite al paciente reelaborar una idea de su propia identidad y, por ende, dotar de sentido la experiencia del sufrimiento físico y encuadrar el nuevo rol social que implica la imposibilidad de realizar las actividades que eran frecuentes

El rol social del enfermo se transforma con la cronicidad de la enfermedad resultando vías que conducen a la adaptación o, en caso contrario, a procesos de negación que pueden desembocar en desequilibrios emocionales y trastornos psicoafectivos. Las enfermedades crónicas, tanto en los enfermos crónicos como en sus cuidadores, pueden coexistir con enfermedades psicosociales como son la depresión, la ansiedad o la fibromialgia, el hipotiroidismo y el colon irritable. Las afectaciones psicosociales surgen por los efectos erosivos del dolor crónico, la mengua de capacidades físicas y cognitivas, el sentimiento de fragilidad que acompaña a la enfermedad, la falta de autoestima ante la pérdida de referentes identitarios individuales y colectivos, el miedo al futuro, el desgaste por las dolencias, y la falta del cuidado de otras personas.

En la mujer la convivencia con un enfermo crónico puede provocar deterioro en su salud física y mental por el aumento en la carga de trabajo doméstico, la responsabilidad económica del hogar y el cuidado del paciente. Para el caso de los hombres, se encontró resistencia para asistir al médico a tiempo y se hace cuando ya la urgencia lo hace apremiante.

Los factores de riesgo tanto para hombres como para mujeres con padecimientos crónicos, se vinculan con la noción negativa de la enfermedad, malos hábitos alimenticios, estresores psicosociales, la estructura personal conflictiva o negativa, la mala gestión de emociones y una actitud negativa frente a la adversidad.

La tenencia o el desarrollo de una alta autoestima en la enfermedad son factores de resiliencia que se relacionan con la aceptación al cambio, la adaptación paulatina a la nueva realidad que fija la dolencia y en la elaboración estrategias de afrontamiento frente al dolor.

A nivel de los determinantes intermedios, los itinerarios terapéuticos encontraron influenciados por los trámites burocráticos, la precaria infraestructura de salud en las comunidades rurales, la búsqueda de tratamientos alternativos y los limitantes en la consecución de recursos para sostener la salud. De ahí se logró colegir, por medio de la cartografía social, que el recorrido en búsqueda de poner fin a la enfermedad vascular periférica abarca, mínimamente, la siguiente ruta general:

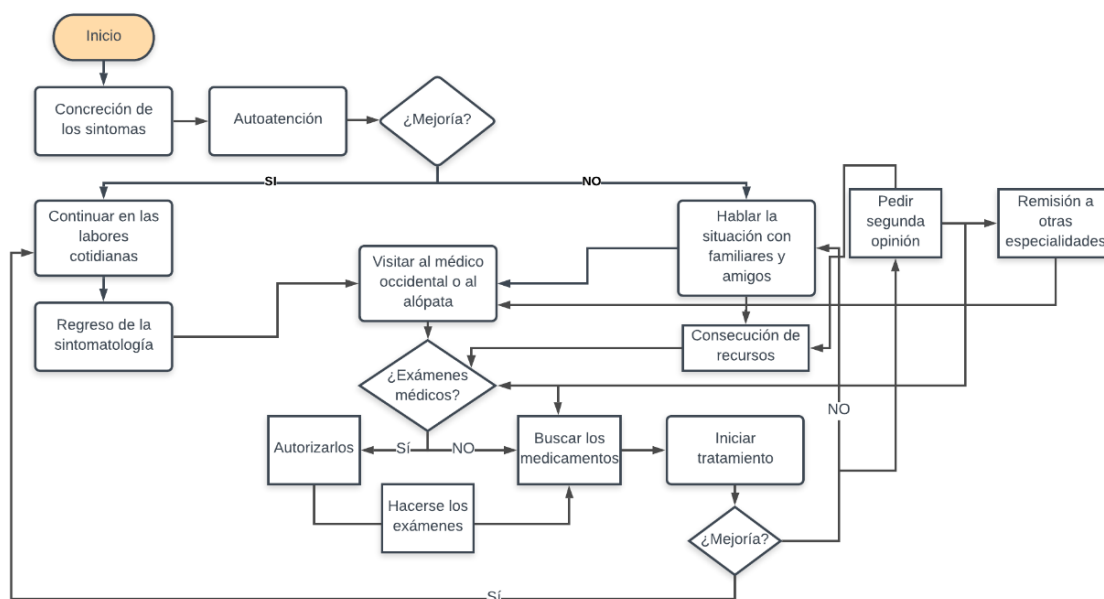


Ilustración 16. Ruta de la enfermedad vascular periférica. Fuente: Elaboración propia a partir de la cartografía realizada por los pacientes de la muestra

Las rutas terapéuticas pueden verse influenciadas por los imaginarios que los pacientes poseen con respecto al sistema de salud y los aspectos positivos y negativos que experimenta al acudir al sistema de salud, ya sea por los procesos burocráticos para acceder a citas, formulaciones y exámenes o por el trato que recibe por parte de los médicos.

Las redes de apoyo, y particularmente los cuidadores, permiten que el paciente construya una narrativa del sufrimiento y la intranquilidad que causa el carácter impredecible de la enfermedad. No obstante, la gran demanda de tiempo, energía y emociones terminan por afectar la calidad de vida de los cuidadores, llegando a un punto de entrega total en el que el cuidador deja de lado sus actividades cotidianas y llegan a compartir las dolencias.

A nivel estructural, se pudo concluir que la falta de comunicación entre médicos y pacientes fue una queja recurrente al momento de calificar las percepciones sobre la calidad de la atención médica. La escucha atenta y el diálogo simétrico entre pacientes y médicos son los grandes condicionantes frente a la calificación sobre el sistema.

Los hombres evidencian mayor reticencia a asistir al médico partiendo de la idea generalizada que no se enferman o que visitar a los galenos podría hacerles perder tiempo valioso que podrían orientar hacia la manutención del hogar. En las mujeres se refuerza el rol de cuidadoras y desarrollan estrategias de afrontamiento de la enfermedad relacionadas con el respaldo a la familia y narrativas sobre el cuidado propio y de los parientes

El resguardo en las creencias religiosas operó como factor de protección por la convicción de la sanación por la vía de la fe y una actitud positiva frente a la enfermedad; no obstante, las creencias religiosas también explican la falta de adherencia a los tratamientos.

El relacionamiento socioespacial del campesino viene prefijado por un fuerte arraigo con el territorio y un paisaje geográfico cargado de condiciones difíciles que suponen las duras labores del campo y se convierten en una de las razones principales que desencadena la pérdida de la confianza una vez menguan las capacidades físicas de cuenta de la enfermedad. A través de la cartografía social los pacientes volvieron sobre la idea que tienen de sus cuerpos y remembraron los lugares e intensidades donde se deposita el dolor corporal. Estos lugares se asumen como puntos de quiebre que pueden conducir al agotamiento o al abatimiento.

Los hallazgos de esta investigación ratifican la existencia de brechas de desigualdad en el acceso a la salud entre la población rural y urbana, fruto de inequidades de carácter socioespacial, cultural, económicas y políticas que ponen en desventaja a la población campesina frente a la atención en salud.

El presente enfoque permitió identificar tensiones históricas, sociales, económicas, políticas o culturales de la enfermedad vascular periférica en el municipio de Jardín. Se plantea el reto de poder articular los significados, prácticas e itinerarios socioculturales con los enfoques de riesgo que proporcionan los datos epidemiológicos.

19. Recomendaciones

1. Priorizar el análisis de contexto de las desigualdades entre la zona rural y urbana que afectan las condiciones de salud en el municipio de Jardín a partir de estudios interdisciplinarios de carácter mixto que proporcionen línea base o elementos útiles para la planificación, la toma de decisiones y la reorientación de acciones de atención, promoción y prevención.
2. Diseñar estrategias participativas de interlocución y generar rutas orientadoras donde se expliciten los procesos administrativos que se deben seguir a la hora de gestionar tramites.
3. Crear estrategias de asesoramiento a la población rural en cuanto a derechos y deberes para dotar a las personas del bagaje suficiente para reivindicar derechos a la salud que puedan ser vulnerados.
4. Generar espacios para capacitar y acompañar a los cuidadores en sus labores para que desarrollen estrategias de afrontamiento eficaces que les permitan cuidarse y cuidar al otro.
5. Incorporar el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud en los documentos tipo Análisis de la Situación de Salud (ASIS) considerando los enfoques diferenciados para comunidades campesinas e indígenas, dadas las condiciones geográficas, sociales e identitarias diversas.
6. Implementar rutas de acompañamiento para la gestión del riesgo para la salud mental en comunidades rurales.
7. Reactivar las brigadas comunitarias en la zona rural e impulsar una campaña de sensibilización y difusión sobre la importancia de participar en estos eventos, combinando estrategias que incluyan la comunicación con líderes comunitarios, mensajería por WhatsApp y cuñas en las emisoras de radio preferidas por los campesinos.

Bibliografía

- Abadía-Barrero, C., & Oviedo-Manrique, D. (2008). Intersubjetividades estructuradas: La salud como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. *Universitas humanística*, 66, 57-82. <https://dialnet.uniriojaes/servlet/articulo?codigo=2931455>
- Abadía-Barrero, C., & Oviedo-Manrique, D. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), Article 18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp9-18.ibsc>
- Achury, D., Rodríguez-Colmenares, S., Agudelo-Contreras, L., Hoyos-Segura, J., & Acuña-Español, J. (2011). *Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca*. 13, 49-74. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145222559004.pdf>
- Aguilar, L. (2003). Trastornos circulatorios de las extremidades inferiores (I). Clasificación, epidemiología, fisiopatología, clínica y complicaciones. *Offarm: farmacia y sociedad*, 22(9 (OCT)), 94-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5325471>
- Alberti, F. (2006). Introduction: Emotion Theory and Medical History. En *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1950* (pp. xiii-xxvii). Palgrave Macmillan.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, 9, 93-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2781925>
- Allue, X. (2000). De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales. En E. Perdiguero & J. Ma. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (1era., p. 223). Bellaterra. <https://clea.edu.mx/biblioteca/Perdiguero%20Enrique%20-%20Medicina%20Y%20Cultura.pdf>
- Álvarez Hernández, G. (2008). Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: La epidemiología sociocultural. *Región y sociedad*, 20(SPE2), 51-75. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-39252008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Alvarez-Gordillo, G., Alvarez-Gordillo, J., Dorantes-Jiménez, J., & Halperin-Frisch, D. (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública de México*, 42, 520-528. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000600008>
- Ardila, E. (2018, mayo). Las enfermedades crónicas. *Revista Biomédica*, 38, 1-2. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525>
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 254-261. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300005>
- Augé, M. (1986). L'Anthropologie de la maladie. *Homme*, 26(97), 81-90. <https://doi.org/10.3406/hom.1986.368675>
- Báguena Cervellera, M. (1999). *Algunos aspectos de la asimilación de la teoría del contagio animado en la España del siglo XIX*. 285-307. <https://digital.csic.es/handle/10261/101125>
- Barrera Ortiz, L. (2000). El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. *Cuidado y práctica de enfermería*, 233-237. <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/08.pdf>
- Becker, G. (1999). *Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World* (1era. Edición). University of California Press.
- Bergan, J., Schmid-Schönbein, G. W., Smith, P. D. C., Nicolaides, A. N., Boisseau, M. R., & Eklof, B. (2006). Chronic venous disease. *The New England Journal of Medicine*, 355(5), 488-498. <https://doi.org/10.1056/NEJMra055289>
- Berlinguer, G. (2006). Globalización, Estado y salud. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 24(0), 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5432767>
- Bloom, D., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feig, A., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Bluro, I., Lucas, L., González, N., & Laballe Cobo, A. (2015). Consenso de enfermedad vascular periférica. *Revista Argentina de Cardiología*, 83, 108. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2016/01/consenso-de-enfermedad-vascular-periferica.pdf>
- Borja-Aburto, V. (2000). Estudios ecológicos. *Salud Pública de México*, 42, 533-538. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000600010>
- Botero de Mejía, B., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Boyle, J. (1996). Styles of ethnography. En *Critical issues in qualitative research methods*. (pp. 159-185). Sage Publications.
- Bradbury, A. (2010). Epidemiology and aetiology of C4-6 disease. *Phlebology*, 25 Suppl 1, 2-8. <https://doi.org/10.1258/phleb.2010.010s01>
- Breilh, J. (2008). *Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud*. En: Asociación Latinoamericana de Medicina Social. *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: Documento para la discusión*. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3413>
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6, 83-101. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652010000100007>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1), 1-17.
- Buitrago, J., Cano, AF., Cano, LF., & Et al.,. (2011). Factores de riesgo y prevalencia de venas varicosas como factor de riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados. *Revista Colombiana de Cirugía Vasculard, 11*, 43-52.
- Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35, 184-188. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n3/cm35n3a8.pdf>
- Cabrera Marrero, F. (2014). Transición demográfica, transición epidemiológica: ¿Hacia dónde transita el Caribe?. *Novedades en Población*, 7(14), 148-165. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/168>
- Cabrera, V., Aya, V., & Cano, A. (2012). Una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en niños: Las virtudes humanas. *I S S N*, 0, 16.
- Carabaña, J., & Lamo, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: Análisis y valoración crítica. *Revista de Investigaciones Sociológicas REIS*, 1, 159-203.
- Carpentier, P., Hildergard Maricq, R., Biro, C., Ponçot-Makinen, C., & Franco, A. (2004). Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: A population-based study in France. *Journal of Vascular Surgery*, 40(4), 650-659. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2004.07.025>
- Carrasco Carrasco, E., & Díaz Sánchez, S. (2015). *Recomendaciones para el manejo de la enfermedad venosa crónica en atención primaria*. Id Médica.
- Casa Editorial El Tiempo. (2015). *Anuncian guerra contra enfermedades crónicas*. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16248195>
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>
- Castro Jiménez, L., Rincón Moreno, M., & Gómez Rodríguez, D. (2017). Educación para la salud: Una mirada desde la antropología. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 145-163. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5387>
- Castro, R., & Bronfman, M. (1993). Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 20. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/24.pdf>

- CICS/IED/UNESCO. (2016). *Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016. Afrontar el reto de las desigualdades y trazar vías hacia un mundo justo*. UNESCO. <https://es.unesco.org/wssr2016>
- Ciuffolini, M., & Jure, H. (2006). Estrategias de comprensión integral del proceso salud/enfermedad: Aportes desde la perspectiva de vivienda saludable. *Astrolabio, Nueva Época*, 3. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/200>
- Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo. (2017). *Mapeando el cuerpo—Territorio. Guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios*. (1era. Edición). <https://miradascriticadeltorrioriodesdeelfeminismo.files.wordpress.com/2017/11/mapeando-el-cuerpo-territorio.pdf>
- Concejo Municipal de Jardín. (2018). *Esquema de Ordenamiento Territorial 2018—2028 y Cartografía oficial del Municipio—Alcaldía Municipal de Jardín en Antioquia*. <http://www.eljardin-antioquia.gov.co/documentos-sobre-el-municipio/esquema-de-ordenamiento-territorial-2018--2028>
- Contel, J., & Martínez, J. (2011). La atención a personas con enfermedades crónicas complejas y frágiles. En *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (1era edición, pp. 311-330). Elsevier.
- Correa, M. (2016). *Perspectiva bioantropológica de la prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) y sus factores determinantes en población urbana del municipio de Jardín (Antioquia)*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Antioquia]. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/10982/1/CorreaMario_2016_PerspectivaBioantropologicaPrevalencia.pdf
- Crespo López, M., & López Martínez, J. (s. f.). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes: Cuidarse para cuidar*. Recuperado 1 de octubre de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=286566>
- 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), 510-515. <https://doi.org/10.1161/01.cir.71.3.510>
- Cruz-Bello, P., Vizcarra-Bordi, I., Kaufer-Horwitz, M., Benítez-Arciniega, A., Misra, R., & Valdés-Ramos, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el

- Estado de México. *Papeles de población*, 20(80), 119-144.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252014000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cyrulnik, B. (2003). *La Maravilla Del Dolor. El sentido de la resiliencia*. Granica.
- Davidson, K. (2012). Depression and coronary heart disease. *ISRN Cardiology*, 2012, 743813. <https://doi.org/10.5402/2012/743813>
- de Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial ;
- de Almeida Filho, N., & Rouquayrol, M. (2008). *Introducción a la epidemiología* (V. Martinovich, Trad.; 1era. Edición).
[https://biblio.uade.edu.ar/client/es_ES/biblioteca/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f0\\$002fSD_ILS:312505/ada?qu=EPISTEMOLOGIA&ic=true&ps=300](https://biblio.uade.edu.ar/client/es_ES/biblioteca/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f0$002fSD_ILS:312505/ada?qu=EPISTEMOLOGIA&ic=true&ps=300)
- De la Cruz, E., De Cleves, M., & Rivera, D. (1998). La relación Médico Paciente. En *Antropología Médica. Una relación entre Ciencias Sociales y Medicina* (pp. 107-126). Kimpres Ltda.
- de la Torre, C., Triana, M., Rodríguez, L., Arpajón, Y., Almeida, L., & Martínez, I. (2017). Enfermedades vasculares periféricas y niveles de calidad de vida en el municipio Diez de Octubre. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, 18(1), 55-70.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71971>
- Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 0-0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662015000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J., Sánchez-Moreno, D., Araya, R., & Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 131-136.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/la-medicina-hipocratica/html/eb4cdfa6-c5c0-11e1-b1fb-00163ebf5e63_3.html
- Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M., & Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42(1), 56-64. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6208>
- Evans, C. J., Fowkes, F. G., Ruckley, C. V., & Lee, A. J. (1999). Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(3), 149-153. <https://doi.org/10.1136/jech.53.3.149>
- Fals Borda, O. (1987). *Ciencia propia y colonialismo intelectual: Los nuevos rumbos*. 3a. Ed. (3era. Edición). Carlos Valencia editores.
- Fernández, A., Martínez, A., Blanco, J., Zapata, R., Vásquez, N., & Salazar Luna, Z. (2017). Determinantes culturales de la salud. Opinión Novel. *Avances en Salud*, 44-47. <https://doi.org/10.21897/25394622.1217>
- Franco-Cortés, A., Otálvaro-Castro, G., Ochoa-Acosta, E., Ramírez-Puerta, S., Escobar-Paucar, G., Agudelo-Suárez, A., Hernández-Paternina, G., & Manrique, N. (2016). Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia, Colombia. Un análisis desde la epidemiología crítica. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 246-261. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-31.ispi>
- Gádamer, H. (1996). *El estado oculto de la salud*. Gedisa.
- Gallardo, K., Acosta, F., Rosales Jiménez, R., & Benavides, P. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: La realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 103-114. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56243931010>
- Gallardo Pérez, U., Seuc Jo, A., Chirino Carreño, N., Puentes Madera, I., & Rubio Medina, Y. (2008). Mortalidad por Enfermedades Vasculares Periféricas en Cuba en el año 2005. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 27(2), 1-11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002008000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Ganjiwale, D., Ganjiwale, J., Sharma, B., & Mishra, B. (2016). Quality of life and coping strategies of caregivers of children with physical and mental disabilities. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 343. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192360>
- García, A., Duque, J., Cardona, J., Naranjo, C., Rúa, C., Montoya, E., Giraldo, D., & Bedoya, G. (2019). *Epidemiology of chronic venous disorders and associated factors in embera-chamí native Amerindians, Antioquia*. 37, 14.
- García Pineda, A. (2015). *Un estudio bioantropológico de los desórdenes venosos crónicos y sus factores de riesgo en el suroeste de Antioquia: Población urbana de Jardín y Resguardo Indígena de Karmata Rúa (Cristianía)*. [Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia].
http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3814/1/GarciaAndres_2015_estud_iobioantropologicodesordenesvenososcronicosfactoresriesgosuroesteantioquiajardinresguardoindigena.pdf
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas* (A. Bixio, Trad.). Gedisa.
<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/geertz-c-1973-la-interpretacion-de-las-culturas.pdf>
- Goldberg, A. (2010). Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuicuilco*, 17, 139-156.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16592010000200008&lng=es&nrm=iso
- Gómez, A. (2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): 8*.
- Gómez Esteban, R. (1989). Reflexiones sobre la relación médico-paciente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 9(29), 181-190.
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15075>
- Gómez, R. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? | Gómez A |. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19, 57-74.
<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/894/782>
- González, L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), Article 2.
<http://ojs.unam.mx/index.php/rep/article/view/21653>

- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (1era. Edición). Siglo XXI editores.
- Gunderman, R. (2000). Illness as Failure: Blaming Patients. *The Hastings Center Report*, 30(4), 7. <https://doi.org/10.2307/3527639>
- Hernández, A., DiGiacomo, S., & Masana, L. (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*. Publicacions URV. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=702465>
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 991-1001. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400007>
- Hipócrates. (s.f.). *Aforismos* (M. Casal y Aguado, Trad.).
- Hortal, M. (2016). Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: Información actualizada. *Revista Médica del Uruguay*, 32(1), 52-58. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902016000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Huberman, A., & Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. En *Handbook of qualitative research* (pp. 428-444). Sage Publications, Inc.
- Huffman, J., Celano, C., Beach, S., Motiwala, S., & Januzzi, J. (2013). Depression and cardiac disease: Epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2013, 695925. <https://doi.org/10.1155/2013/695925>
- Ibarra Mendoza, X., & Siles González, J. (2006). Rol de enfermo crónico: Una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 20, 129-135. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.18>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, 128-136. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000800013>
- Janzen, J. (2002). *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*. McGraw Hill.
- Jiménez, C., & Peña, D. (2012). Tratamiento endovascular del trauma vascular periférico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27, 290-297. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n4/v27n4a8.pdf>

- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition* (1era.). Basic Books.
- Kulnarong, B. (2012). *La diabetes en población migrante marroquí*. [Tesis de Maestría, Universitat Internacional de Catalunya]. <https://slidex.tips/download/la-diabetes-en-la-poblacion-inmigrante-marroqui-estudio-etnografico>
- Lahoz, C., & Mostaza, J. (2007). La aterosclerosis como enfermedad sistémica. *Revista Española de Cardiología*, 60(2), 184-195. <https://doi.org/10.1157/13099465>
- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 459-466. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000300023&lng=es&nrm=i&tlng=es
- Laza Vásquez, C. (2006). La causalidad en epidemiología. *Revista Investigaciones Andina*, 8, 3-16. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/178>
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Lefebvre, H. (2013). *La Producción del Espacio*. Capitán Swing Libros S.L.
- Lizán Tudela, L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 41(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019>
- López, O. (2014). La intersección disciplinar de las emociones y la factibilidad de su análisis antropológico en el contexto médico-psiquiátrico de principios del Siglo XX en México. En *Las emociones como dispositivos para la comprensión del mundo social*. UNAM. https://www.researchgate.net/publication/318727197_La_interseccion_disciplinar_de_las_emociones_y_la_factibilidad_de_su analisis antropologico_en_el contexto medico-psiquiatrico_de principios del Siglo XX en Mexico
- López-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., & Hernández-Avila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: Su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 42, 133-143. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000200009>

- Lucumí, D., Gutiérrez, A., Moreno, J., Gómez, L., Lagos, N., Rosero, M., & Betancourt, C. (2008). Local planning to tackle the threat of the chronic diseases in Pasto, Colombia. *Revista de salud pública*, 10(2), 343-351.
- Madariaga Araya, C. (2008). Interculturalidad, salud y derechos humanos: Hacia un cambio epistemológico. *Revista Reflexión*, 1-5. <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf>
- Mariño S., C., & Hernández, M. (1998). Antropología e Historia Local: Aportes para el Trabajo Epidemiológico. En *Antropología Médica. Una relación entre Ciencias Sociales y Medicina* (pp. 207-230). Kimpres Ltda.
- Mariño S., C., & Wiesner, C. (1998). Salud y Cultura. En *Antropología Médica. Una relación entre Ciencias Sociales y Medicina* (pp. 41-95). Kimpres Ltda.
- Martínez Hernández, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos. <https://libreriasiglo.com/ciencias-de-la-salud/569-antropologia-medica-teorias-sobre-la-cultura-el-poder-y-la-enfermedad.html#.XdcyhOhKjIU>
- Martín-Zurro, A., & Jodar Solà, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (1 edición). Elsevier.
- Masana, L. (2013). Entre médicos y antropólogos. La escucha atenta y comprometida de la experiencia narrada de la enfermedad crónica. En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*. (pp. 223-266). Publicacions URV. <http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/view/59/47/119-1>
- Mayer-Foulkes, D. (2002). *Salud, crecimiento económico y trampas de pobreza*. Centro de Investigación y Docencia Económica. https://www.researchgate.net/publication/279496092_Salud_crecimiento_economico_y_trampas_de_pobreza
- McNaughton, M. E., Patterson, T. L., Smith, T. L., & Grant, I. (1995). The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer's disease caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 78-85. <https://doi.org/10.1097/00005053-199502000-00003>

- Mejía Ortega, L. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: Base teórica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(0), 28-26.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079783>
- Menéndez, E. (1983). Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. *Cuadernos de la Casa Chata*.
<https://www.scienceopen.com/document?vid=306476f9-6613-4cc4-b309-38cb8818b77a>
- Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 3-34.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*. Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. (1996). El saber popular como proceso de transformación: Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En *Creer y curar: La medicina popular, 1996, ISBN 84-7807-175-X, págs. 31-62* (pp. 31-62). Diputación de Granada.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2062215>
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: Propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20(SPE2), 5-50.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Menéndez, E. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: Biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 11(3), 301.
<https://doi.org/10.18294/sc.2015.719>
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 104-113.
[file:///C:/Users/andrea.solar/Downloads/Dialnet-AutoatencionDeLosPadecimientosYAlgunosImaginarioA-6620697%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/andrea.solar/Downloads/Dialnet-AutoatencionDeLosPadecimientosYAlgunosImaginarioA-6620697%20(1).pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. (p. 237).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018*. (p. 273).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

- Mira, J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 1-22. http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
- Monroy Álvarez, S. (2003). Ideas sobre el cambio cultural en comunidades rurales: Del microcosmos de la parcela al cosmopolitismo del chofer. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 17, 136-161.
- Montoya Granda, E. (2016). *Patrones de reflujo venoso y factores de riesgo para desórdenes venosos crónicos (DVC) en el suroeste antioqueño*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Antioquia]. <http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/728>
- Morales, J., Guzzo, D., Tambasco, J., Chiesa, P., Carlevaro, P., Cuesta, A., Pascal, G., Ceruti, B., Lluberas, R., Lorenzo, A., Peluffo, C., Picarelli, D., Horacio, F., & Pedro, C. (2008). Cardiopatías congénitas en el adulto. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 23(2), 168-239. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-04202008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Morales-Borrero, C., Ardila, E., & Eslava-Castañeda, J. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA*, 797-808. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
- Moreno, B., Alonso, M., & Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 9(2), 115-137. <https://doi.org/10.21134/pssa.v9i2.1206>
- Moreno, L., Ramírez, M., & Triana, C. (2012). Correlación diagnóstica, clínica y angiográfica de la enfermedad arterial periférica. *Revista Colombiana de Cirugía Vasculard*, 12, 27-33.
- Moreno-Altamirano, L. (2010). *Enfermedad, cuerpo y corporeidad: Una mirada antropológica*. 146(2), 150-156. https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n2/64_vol_146_n2.pdf
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys.

- Lancet* (London, England), 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Nájera, E., Buck, C., Llopis, A., & Terris, M. (1988). *El desafío de la Epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas*. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34153>
- Núñez Zamora, P. (2013). Narrativas sobre los dolores del parto: Discursos biomédicos y experiencias. En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*. (pp. 341-355). <http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/view/59/47/119-1>
- OMS/IER/CSDH. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Definición de Salud—OMS*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Enfermedades no transmisibles*. Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *ENT Perfiles de países*. https://www.who.int/nmh/countries/col_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018c). *Es hora de actuar: Informe de la Comisión independiente de alto nivel de la OMS sobre enfermedades no transmisibles*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272712>
- Organización Mundial de la Salud, O. M. de la. (2017). *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259806>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Premature causes of deaths due to Noncommunicable diseases*. https://www.paho.org/hipertension/?page_id=209
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe PRIORIDADES PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES: Vol. Complementario* (B. Legetic, A. Medici, M. Hernández-Ávila, G. Alleyne, & A. Hennis, Eds.; 3era. Edición). <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33994>

- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Enfermedades no transmisibles*. Enfermedades no transmisibles. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es
- Ortiz Garzón, E., Méndez Salazar, L., Camargo Barrero, J., Chavarro, S., Toro Cardona, G., & Vernaza Guerrero, M. (2014). Relationship between coping strategies, anxiety, depression and self-esteem in a group of adult patients diagnosed with cancer. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 8(1), 77-83. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-23862014000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ossa Ramírez, J., González Velásquez, E., Rebelo Quirama, L., & Pamplona González, J. (2005). Los conceptos de bienestar y satisfacción. Una revisión de tema. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 3(1), 27-59. <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105316842003.pdf>
- Otálvaro Castro, G., Gómez-Granada, J., Elorza Saldarriaga, J., Cardenas Velásquez, N., García Cano, J. F., Ossa Estrada, D., Casanova Yela, R., Porras Cataño, S., Álzate García, D., Salazar Marulanda, N., Bedoya Mejía, S., López Patiño, A., Gaviria Angulo, N., Álvarez Pérez, J., Acevedo Escalante, L., Garcés Jaramillo, D., Sepulveda Vergara, G., Barrientos, J., Ospina Galeano, D., ... Colorado Vélez, A. (2017). *Gestión territorial de la salud: Perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica*. <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/328206>
- Otálvaro Castro, G. J., & Ospina Galeano, D. I. (2017). Desigualdades territoriales en la salud de la población de la cuenca del río San Juan del Suroeste antioqueño, caracterizadas por la estrategia de APS durante el periodo 2014-2015. En *Gestión territorial de la salud: Perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica* (pp. 29-53). <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/328206>
- Oviedo, G., Salim, A. M. de, Santos, I., Sequera, S., Soufrontt, G., Suárez, P., & Arpaia, A. (2008). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de la carrera de Medicina. Universidad de Carabobo, Venezuela. Año 2006. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 288-293. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226726019>

- Palomino Moral, P., Grande Gascón, M., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45-70. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Pineda Camacho, R. (1998). Prólogo. En *Antropología Médica. Una relación entre Ciencias Sociales y Medicina* (pp. 7-9). Kimpres Ltda.
- Posner, B., Sutter, M., Perrin, P., Ramirez Hoyos, G., Arabia Buraye, J., & Arango-Lasprilla, J. (2015). Comparing dementia caregivers and healthy controls in mental health and health related quality of life in Cali, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 1-26. <https://doi.org/10.14482/psdc.32.1.6273>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). *Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011*. https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-ic_indh2011-parte1-2011.pdf
- Puerta Henao, E. (2015). *Tejidos que dan sentido a la existencia. El significado que tiene para los habitantes de San Carlos la experiencia de reconstruir su tejido social afectado por el conflicto armado. Relatos de vida. 2013-2015* [Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia]. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3526/1/PuertaEneida_2015_ReconstruccionTejidoSocial.pdf
- Quevedo, E. (2004). Cuando la higiene se volvió pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 52(1), 83-90. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43310>
- Ramis Andalia, R. (2011). Una vez más, de la vieja a la nueva epidemiología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 482-488. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Restrepo Botero, G., Velasco Alvarez, A., & Preciado Buitrago, J. (1999). *Cartografía social*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Revista Trabalho, Educação e Saúde. (2015). Entrevista: Jaime Breilh. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 533-540. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>

- Riessman, C. (1990). Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: A research note. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1195-1200.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90259-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90259-U)
- Rivera, D. (1998). Desarrollo Histórico de la Antropología. En *Antropología Médica. Una relación entre Ciencias Sociales y Medicina* (pp. 19-32). Kimpres Ltda.
- Robledo, R., & Escobar Díaz, F. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del Observatorio en Salud*, 3(4).
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/17968>
- Rodríguez, D., & Benavides, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: Análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 34(3), 359-371.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5634067>
- Rojas Martínez, M. (2007). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances en Enfermería*, 25(1), 33-45.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899>
- Salazar Manrique, B., & Posada Molina, V. (2017). La identidad campesina y la estética del arraigo como resistencia. *Criterio Libre Jurídico*, 14(2), Article 2.
<http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rclj/article/view/729>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*.
- Sánchez-Vanegas, G., Abadía-Barrero, C., De la Hoz, F., Nova, J., & López, E. (2013). Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15, 671-683.
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2013.v15n5/671-683/>
- Sarasti Vanegas, D. (2011). Determinación social de la salud-enfermedad. En *Teoría crítica de la sociedad y salud pública* (1era. Edición, pp. 211-217).
- Sautu, R. (2005). *Todo es teoría: Objetivos y métodos de investigación*. (1era. Edición). Ediciones Lurniere S.A.
- Scharager, J. (2001). *Metodología de la Investigación / Escuela de Psicología* Autor: Judith Scharager Asistente: Pablo Reyes MUESTREO NO PROBABILÍSTICO ¿Qué es el

- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Organización Mundial de la Salud.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Taurus.
<http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Susan-Sontag-La-enfermedad-y-sus-met%C3%A1foras.-El-sida-y-sus-met%C3%A1foras.pdf>
- Spijkers, P., & Baribbi, A. (2011). *Campesinos, tierra y desarrollo rural. Reflexiones desde la experiencia del Tercer Laboratorio de Paz*.
http://eeas.europa.eu/archives/delegations/colombia/documents/projects/cartilla_tierra_y_desarrollo_lab_paz_iii_es.pdf
- Susser, M. (1994). The logic in ecological: I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health*, 84(5), 825-829. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.5.825>
- Tabares, E., Acuña-Español, J., & Delgado Burbano, M. (2012). Tendencias de la bioantropología y un estudio de caso: Su desarrollo académico en la Universidad del Cauca. *Revista Colombiana de Antropología*, 48(1), 259-278.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0486-65252012000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., & López López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, 45-59. https://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
- Turner, V., & Bruner, E. (Eds.). (1986). *The Anthropology of Experience* (1era. Edición). University of Illinois Press.
- Urbano, L., Portilla, E., Muñoz, W., Hofman, A., & Sierra-Torres, C. H. (2018). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad arterial periférica en una población adulta de Colombia. *Archivos de cardiología de México*, 88(2), 107-115.
<https://doi.org/10.1016/j.acmx.2017.02.002>
- Vázquez-García, A., Ardila, E., Zárate-Temoltzi, F., & Carranza-Cerda, I. (2013). La construcción social de la identidad campesina en dos localidades del Municipio de Tlaxco, Tlaxcala, México. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 10(1), 01-21.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-54722013000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Vélez Restrepo, O. (2002). *La entrevista: Diálogo intersubjetivo*. [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/462/La entrevista dialogo intersubjetivo Olga Lucia Velez .pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/462/La_entrevista_dialogo_intersubjetivo_Olga_Lucia_Velez_.pdf).
- Vélez Torres, I., Rátiva Gaona, S., & Varela Corredor, D. (2012). Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. *CUADERNOS DE GEOGRAFÍA: REVISTA COLOMBIANA DE GEOGRAFÍA*, 21, 59-73. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rcg/article/view/25774>
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Volcy, C. (2008). Génesis y evolución de los postulados de Koch y su relación con la fitopatología. Una revisión. *Agronomía Colombiana*, 26(1), 107-115. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99652008000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* (1982), 62(7), 1768-1784. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>
- Yepes Delgado, C., Giraldo Pineda, A., Botero Jaramillo, N., & Guevara Farías, J. (2018). En búsqueda de la atención: Necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia la promoción de la salud*, 23(1), 88-105. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.7>
- Zorrilla García, A. (2002). El envejecimiento y el estrés oxidativo. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 21(3), 178-185. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002002000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Nombre del proyecto: *Estudio etnográfico de las enfermedades vasculares periféricas en zona rural del municipio de Jardín, Antioquia. Una aproximación desde los relatos de vida de las personas.*

Estudiante a cargo del proyecto de trabajo de grado: Andrea Paola Solar Ruíz, del departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

Lugar y fecha: _____

Sr/a _____, mayor de edad ha sido informado que, Andrea Paola Solar Ruíz, está realizando un estudio sobre las enfermedades crónicas y de la circulación en Jardín (Antioquia).

Justificación y objetivos del estudio: Esta investigación busca indagar mediante el método etnográfico por los determinantes sociales, culturales, económicos, ambientales y comportamentales que dinamizan la configuración de sistemas de creencias e imaginarios alrededor de los procesos de salud/enfermedad/atención, lo anterior, a partir de los relatos de vida de personas diagnosticadas con enfermedades vasculares periféricas en zona rural del municipio de Jardín, Antioquia. Con ello, se busca obtener un panorama amplio de los elementos que hacen parte de los procesos de trámite de dolencias y manejo de enfermedades relacionadas con la salud vascular, a fin de acercarnos a la forma en que esto ha podido influir en la salud de las personas del estudio.

Se le ha invitado a participar y se le han explicado los procedimientos que se realizarán, en caso de aceptar. Usted ha elegido libremente participar en el estudio al igual que el resto de su familia y entiende que para esto:

- Debe suministrar datos personales, información sobre los mismos, información del régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y respuesta a las demás preguntas relacionadas con las vórices y las enfermedades crónicas de la circulación.
- La persona que le visita le hará unas preguntas sobre su historia de salud, situación socioeconómica, aspectos culturales, gastos e incapacidades generados por enfermedad de las venas o arterias.
- No habrá molestias ni riesgos por este procedimiento.

Se le ha explicado claramente que su participación es voluntaria, que puede negarse a participar, que el estudio no tiene riesgos para la salud, y que con este estudio se beneficiarán tanto las personas que presentan enfermedades de las arterias en su comunidad, como también aquellos que están en riesgo de padecerla. Al mismo tiempo el estudio facilitará la creación de programas de prevención y promoción médica, y la inversión en salud para estas enfermedades.

Usted entiende que la información obtenida será tratada de manera confidencial y que de ningún modo o manera se le podrá identificar como persona en los resultados del estudio.

Se le va a preguntar si tiene alguna duda acerca del estudio y se le darán todas las aclaraciones necesarias. Cualquier información adicional durante la duración del proyecto podrá obtenerla de los investigadores del proyecto, en especial, de quien le aplica el procedimiento.

Declara que está enterado de que este consentimiento es voluntario, de que puede pedir completo anonimato de su persona y de que se requiere de su aceptación para poder participar en el estudio, manifestando que:

Accede a contestar las preguntas que se le hagan de la manera más honesta posible, así como de participar en actividades propias del proceso. Autoriza a que lo hablado durante las entrevistas o sesiones de trabajo sea grabado en audio, video o fotografiado. Así como también autoriza a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados para efectos de sistematización o publicación del resultado final de la investigación.

Entendió adecuadamente la información que se le suministró sobre el citado proyecto de investigación y el investigador respondió satisfactoriamente a sus inquietudes y preguntas sobre él. Dispuso del tiempo suficiente para tomar la decisión de participar o no en el presente estudio, y manifestó que conoce todos los posibles riesgos e incomodidades que el participar en el estudio pueda generar. Además, reconoce que le fue entregada una copia de este consentimiento informado.

De acuerdo con lo expuesto, libre, consciente y voluntariamente autoriza a los investigadores pertenecientes a la Universidad de Antioquia, para que realicen el proceso de entrevista y/o para participar del taller de cartografía social.

Deja expresa constancia de que este consentimiento que otorga, después de haber sido informado, no exime de responsabilidad a los investigadores, ni a la Universidad de Antioquia por cualquier daño que culpablemente se ocasione a su salud o por cualquier uso indebido o no autorizado de sus datos.

En constancia, firmo este consentimiento informado el día _____ de _____ de 201__ en presencia de uno de los investigadores y dos testigos.

Otorgado por: Nombre y firma _____
c.c. o tarjeta de identidad.

Progenitor: Nombre y firma _____
c.c.

Testigo: Nombre y firma _____
c.c.

Testigo: Nombre y firma _____
c.c.

Usando un lenguaje apropiado y comprensible para el investigado, o la traducción en su lengua si así lo solicitare, hemos discutido este proyecto en todos sus puntos con el participante en el estudio.

Investigador: Nombre y firma _____
c.c.

Anexo 2. Listado de preguntas para entrevista con personas de la zona rural

1. ¿Se le ha diagnosticado alguna enfermedad de las venas, las arterias o del corazón?
En caso de que sí dígame cuál.
2. ¿Alguna vez ha presentado dolor en las piernas que le impida caminar, estar de pie o realizar las actividades diarias?
3. Y con respecto a los síntomas que presenta con la enfermedad, ¿Usted cómo los describiría?
4. ¿Le han diagnosticado alguna otra afección o enfermedad sea a usted o algún familiar?
5. ¿Fue posterior o anterior al diagnóstico de la enfermedad en sus venas, corazón o arterias?
6. ¿Qué significa para usted estar sano - enfermo?
7. ¿Cómo se siente usted de salud?
8. ¿Cree que la edad contribuye de alguna forma a sentir más sano o más enfermo?
9. ¿Cuándo usted estaba más joven se cuidaba igual que ahora o en algún momento empezó a cuidarse más? ¿Por qué?
10. Para usted ¿Qué significa tener un estilo de vida saludable?
11. ¿Y usted qué tipo de acciones considera que son benéficas para el cuidado de la salud vascular y cuáles son perjudiciales?
12. ¿Qué lo motiva o motivó a tener un comportamiento saludable o de conductas de riesgo?
13. ¿Para usted qué es un factor de riesgo? ¿Sabe cuáles son los factores de riesgo que usted debe tener en cuenta para cuidar su salud vascular?
14. Para las mujeres: ¿Cuénteme usted planifica tal vez con pastillas anticonceptivas?
¿Desde que las toma, ha notado alguna molestia adicional sobre su cuerpo o incremento de algún síntoma?
15. ¿Cree que tener un estilo de vida saludable podría prevenir o mitigar su enfermedad?
16. ¿Qué hace en su día a día para mitigar el impacto de sus dolencias?
17. ¿Usted hace actividad física? ¿Con qué intensidad las realiza?
18. ¿Cada cuánto hace actividad física?
19. ¿Esa actividad física la realiza en momentos de esparcimiento o cuándo?
20. ¿Qué lo motiva a usted a hacer actividad física y cuándo no la hace ha sido por qué?
21. ¿Considera que hacer actividad física ha mejorado o empeorado de alguna forma sus síntomas?
22. ¿Qué ha hecho que usted cambie los ritmos de la actividad física a través de la vida?
Por ejemplo...
23. Hacerse a un estilo de vida saludable podría ser complicado o fácil, ¿Qué opina usted de eso? ¿Es costoso tener un estilo de vida saludable?
24. ¿En algún momento su enfermedad lo llegó a angustiar o preocupar? Si fue así, puede decirme ¿Por qué?
25. ¿Debido a esas angustias llegó a perder el sueño o a sentirse triste?

26. ¿Le han diagnóstico alguna vez problemas de la tiroides, colon irritable, ansiedad, depresión o fibromialgia?
27. ¿Cree que estas enfermedades se pueden relacionar con los estados de ánimo o el estrés, y en general con las dolencias que presenta?
28. ¿Cómo describiría usted su personalidad? ¿Cree que la personalidad contribuye a la forma en que afronta su enfermedad?
29. ¿Dentro del municipio a qué lugares o sitios podría uno acudir para el tratamiento de su padecimiento?
30. ¿Se encuentra actualmente en seguimiento o tratamiento por su enfermedad en ese lugar?
31. ¿Usted conoce o ha escuchado hablar de personas que traten ese tipo de enfermedades, que tengan conocimientos, que no sean médicos, que utilicen plantas?
32. ¿Está bajo tratamiento para su enfermedad? Si sí, consultar por la efectividad.
33. ¿Consume algún medicamento por su cuenta o algún remedio natural?
34. ¿Cuándo le empezaron los síntomas a dónde se dirigió?
35. ¿Cuál es su percepción de la forma en cómo lo atendieron en su EPS?
36. ¿Los médicos qué tipo de trato le dieron?
37. ¿Usted trabaja? ¿En un día normal de trabajo qué hace?
38. ¿Cree que su enfermedad ha afectado su desempeño laboral?
39. ¿Tal vez ha llegado a pensar en algún momento que su trabajo ha afectado su salud?
40. ¿La enfermedad que me comenta que tiene en algún momento le ha impedido salir a hacer visitas o estar con sus amigos o familiares?
41. Durante su enfermedad ¿Quién o quiénes han estado a cargo de su atención y cuidados?
42. ¿Cómo lo han apoyado?
43. ¿Sin el apoyo de su familia o amigos su salud se habría visto más afectada o su proceso de recuperación habría sido más lento?
44. ¿Para usted que es bienestar? Y ¿Bienestar social? ¿Qué actividades considera que benefician su bienestar individual y social?
45. ¿Cómo siente que ha sido la convivencia con este padecimiento? ¿Ha notado cambios en su vida, piensa que se ha adaptado a ello, como lo ve usted?
46. ¿Usted se encuentra afiliado a una EPS o SISBEN? ¿Cuénteme cómo le pareció la atención que recibió en su EPS o en el hospital? ¿Cuánto le está costando su enfermedad en cuotas moderadoras? ¿Considera que el tener más dinero es parte fundamental para sobrellevar mejor una enfermedad como la suya? ¿Por qué?
47. ¿En Jardín o aquí mismo en la vereda se hacen actividades relacionadas con la prevención de la enfermedad o con la promoción de la salud?
48. ¿Usted cree que es distinto estar enfermo cuando se es hombre o mujer?
49. ¿Cree que las prácticas de cuidado son distintas entre hombres y mujeres?
50. ¿Ser hombre o ser mujer los hace más susceptibles a padecer enfermedades de las venas?
51. ¿Usted cree en dios? Y ¿Cómo cree que su fe le ha servido en momentos donde ha estado enfermo?

52. En algún momento cuando su padecimiento empeora usted ¿Qué piensa o cómo afronta su enfermedad?
53. ¿En algún momento de su enfermedad usted ha considerado que vivir lejos de la ciudad de Medellín o de centros de atención más especializados ha podido incrementar su padecimiento o molestias?
54. Alguna vez ha sentido o pensado que la topografía de la zona, es decir, el subir y bajar montaña ¿Tienen que ver con su enfermedad? -----) TALLER DE CARTOGRAFÍA SOCIAL Y DEL DOLOR.
55. ¿Alguna entidad de salud o la misma alcaldía se ha acercado a usted para indagar cómo es la atención que recibe? Si contesta que no, consultar por si conoce de algún proyecto o actividades realizadas en el pueblo que tiendan a mejorar la calidad de vida o la atención en salud.
56. ¿En el momento en el que se acerca a un lugar de atención en salud, usted se siente bien informado? ¿Sabe a dónde dirigirse? ¿Conoce a qué tiene derecho o cuáles son sus deberes?
57. ¿Piensa que los medios de comunicación han influido de alguna forma en cómo maneja o da atención a su enfermedad o dolencias?

Anexo 3. Listado de preguntas para profesionales del área de la salud

1. ¿Cuáles son las enfermedades crónicas que tienen mayor tendencia a presentarse en Jardín?
2. ¿Qué puede decirme acerca de la prevalencia de los DVC y la EAP en Jardín?
3. ¿Cuál es el protocolo de atención sobre las enfermedades vasculares?
4. ¿Cuáles son los programas de atención que tiene el hospital para las enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular?
5. ¿Cree que está bien registradas o considera que puede existir un subregistro? Si considera que puede existir subregistro preguntar: ¿A qué podría deberse?
6. ¿Qué significa para usted estar sano? Y ¿Qué significa estar enfermo? Y según lo que comenta, ¿Usted en qué lado se ubica?
7. ¿Cuáles son los principales factores de protección para sentirse más sano y cuáles los factores de riesgo para sentirse más enfermo?
8. ¿Cómo puede incidir el hecho de que una población envejecida como la de Jardín tenga mayor predisposición a padecer enfermedades vasculares en la forma en cómo afrontan la posibilidad de enfermarse las nuevas generaciones?
9. Para usted ¿Qué significa tener un estilo de vida saludable?
10. ¿Cree que tener un estilo de vida saludable podría prevenir o mitigar la enfermedad vascular?
11. ¿Cuáles son los FR más comunes para los Desórdenes Venosos Crónicos? y Cuáles para la Enfermedad Arterial Periférica?
12. ¿Qué acciones toma en su día a día para mitigar el impacto de esos factores de riesgo en su salud en general?
13. ¿Cómo vincula esos conocimientos a sus prácticas con los pacientes?
14. ¿Cuáles son las enfermedades psicosomáticas que más se diagnostican en Jardín?
15. ¿Usted ha observado alguna relación entre las enfermedades psicosomáticas y las enfermedades cardio vasculares? Por ejemplo: que alguien que haya manifestado más estrés haya tenido un accidente cerebrovascular.
16. ¿Cree que las enfermedades vasculares pueden derivar en enfermedades psicosomáticas? ¿Por qué?
17. ¿Cree que la personalidad contribuye de alguna forma al cómo afrontar una enfermedad? ¿Me explica con un ejemplo?
18. ¿Dentro del municipio a qué lugares o sitios podría uno acudir para el tratamiento de la enfermedad vascular diferentes al Hospital?
19. ¿Usted ha ido o iría un consultorio de medicina tal vez, natural o bioenergética?
20. ¿Lo recomendaría?
21. ¿Considera importante recomendar algún tipo de medicamento alternativo o dar instrucciones a sus pacientes para que vinculen otros medicamentos o plantas a sus tratamientos en general?
22. ¿Cuál es su percepción de la forma en cómo se atiende a los pacientes en la EPS? ¿Cree que se sienten atendidos integralmente?

23. ¿Cuáles son las afectaciones a la calidad de vida de las personas con enfermedades vasculares? Y específicamente de aquellos que tienen problemas severos de varices y enfermedad arterial.
24. ¿Usted considera que el sistema de atención en salud permite una atención de calidad al paciente? ¿Y qué entiende usted por atención de calidad?
25. ¿Cree que la enfermedad vascular llega a afectar el desempeño laboral?
26. ¿Tal vez ha llegado a pensar en algún momento que el trabajo afecta la salud vascular?
27. ¿Le parece importante o necesario más allá de atender los síntomas de una enfermedad vascular o sus comorbilidades, indagar por el origen tal vez a nivel metabólico de esas enfermedades? ¿Esto es complejo de hacer?
28. ¿Cuál cree que es el papel que cumplen los amigos y familiares en el manejo de las dolencias o enfermedades?
29. ¿Usted cree que es distinto estar enfermo cuando se es hombre o mujer?
30. ¿Cree que las prácticas de cuidado son distintas entre hombres y mujeres?
31. ¿Ser hombre o ser mujer los hace más susceptibles a padecer enfermedades de las venas?
32. ¿Siente que el trato que se da en el área de salud a las personas se da indistinto del sexo?
33. ¿Cómo cree que la religión y la fe contribuyen a sobrellevar las enfermedades?
34. ¿Usted cree que las creencias religiosas pueden influenciar de algún modo la adherencia a los tratamientos?
35. ¿Sabe usted si el Hospital se ha acercado a los pacientes con el fin de indagar por la percepción que ellos tienen de la calidad de la atención en salud?
36. ¿Usted considera que la ley 100 atenta contra el sistema de salud y en específico contra la salud del paciente?
37. ¿Consideraría importante informar a sus pacientes sobre sus derechos y deberes?
38. ¿O tal vez que sea importante formarlos en competencias y conocimientos para atender su enfermedad paralela a la ingesta de medicamentos?
39. ¿Cómo cree que los medios de comunicación influyen la forma en que las personas manejan o dan atención a su enfermedad o dolencias?

Anexo 4. Taller de cartografía social

Proyecto: estudio etnográfico de las concepciones y prácticas del proceso salud/enfermedad/atención de las enfermedades vasculares periféricas en zona rural del municipio de Jardín, Antioquia.

Facilitadora del taller: Andrea Paola Solar Ruíz, estudiante en desarrollo de trabajo de grado del departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

Tema: Cartografía del dolor corporal.

Objetivo general del taller: Indagar por los lugares tanto espaciales como corporales que enmarcan las vivencias del día a día alrededor de la sintomatología de las enfermedades vasculares periféricas.

Justificación: Toda vez que existe dentro del proceso de investigación una necesidad de indagar por la configuración del proceso de salud/enfermedad/atención de las personas que padecen enfermedad vascular periférica, se ve pertinente llegar a conocer cómo se comportan las dolencias a nivel territorial, entendiendo que el territorio inicia desde la concepción del cuerpo mismo y cómo este se relaciona con el entorno.

Público objetivo: Personas diagnosticadas con enfermedad vascular periférica que vivan en zona rural del municipio de Jardín y que previamente hayan hecho parte de los proyectos de investigación de la Universidad de Antioquia sobre este conjunto de patologías.

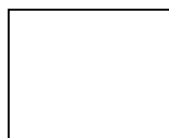
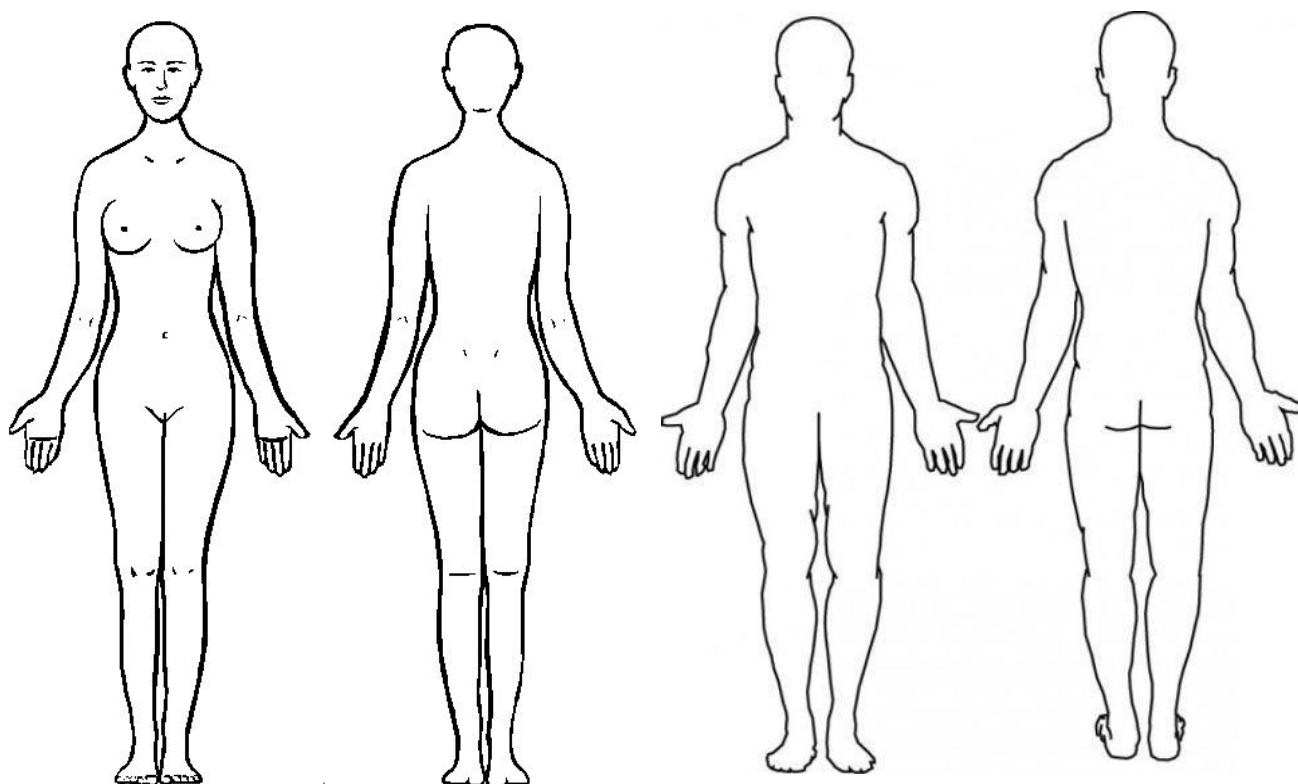
Cantidad de personas: Máximo 15.

Momento 1 – Cartografía del dolor corporal.

- Se les entregará a los asistentes una hoja en la cual estará el boceto del cuerpo humano y se les pedirá que recuerden en qué partes de su cuerpo les dolía cuando empezaron a ir al médico.
- Posterior a ello, se les darán lapiceros de color: rojo, naranja y verde. Para que rellenen los lugares corporales que duelen y que no, siguiendo una directriz de color, así:
 - ✓ Verde: Territorio corporal sin dolor.
 - ✓ Naranja: Territorio corporal que a veces duele y que no suele tener un alto impacto en la calidad de vida.
 - ✓ Rojo: Territorio corporal con dolor constante que afecta la calidad de vida.
- Luego se les pedirá que al lado de su cuerpo anoten las medicinas que han tomado durante el tratamiento de su enfermedad, que anoten el número de médicos que han visitado en búsqueda de tratamiento en el recuadro negro. En el recuadro rojo que indiquen cuánto dinero

han invertido en el último año en tratar o dar atención a su enfermedad poniendo en consideración el transporte, los medicamentos, cuotas moderadoras, entre otros.

- Después se les dará otra hoja y se les pedirá que respondan a la siguiente pregunta: *¿Para usted cómo se ve un cuerpo sano o enfermo?*



Taller de cartografía social.

Nombre y apellido del participante: _____

Momento 2 - Lugares del dolor corporal y espacial.

- Se deja un espacio para notas en el que las personas que asistan al taller contestarán a las siguientes preguntas: *¿Hay algún lugar al que asista con frecuencia al que le cueste llegar caminando? ¿Podría dibujar ese lugar e indicar a cuánto de distancia está de su casa?*
- Luego de lo anterior. Se da por terminado el taller y se entregan los refrigerios.