

# RC SP

REVISTA  
CHILENA  
DE SALUD  
PÚBLICA

Soporopo  
COAS.02

Volumen 27  
N° 02/2023



UNIVERSIDAD  
DE CHILE

A 50 AÑOS DEL GOLPE:  
EDUCACIÓN PARA  
LA DEMOCRACIA



Escuela  
de Salud  
Pública

DR. SALVADOR ALLENDE  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Aniversario

80

1943 - 2023

Editada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Publicación semestral. Muralista: Felipe Ortiz Ruiz @coaschile - Retratada: Marcela Andrades Alfaro @soporopo\_oficial

**Directora institucional**  
Lorena Rodríguez-Osiac

**Editor**  
Álvaro Lefio

**Editores asociados**  
Alejandra Fuentes-García  
Jorge Gaete  
Carlos Madariaga  
Jadwiga Pieper

**Coordinación editorial**  
Jorge Gaete  
Karla Cifuentes

**Referencia, indexación y publicación**  
Katherine Rivas  
Marisol Negrete

**Diseño y diagramación**  
Paola Videla

**Traducción**  
Karla Cifuentes

**Secretaria**  
Pamela Sánchez

**Representante legal**  
Miguel O'Ryan

**Portada vol. 27 N°2 2023**  
Fotografía portada: Mural Soporopos  
Centro Cultural Independencia Cultural  
Muralista: Felipe Ortiz Ruiz @coaschile  
Retratada: Marcela Andrades Alfaro  
@soporopo\_oficial

**Domicilio**  
Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile  
Av. Independencia 939, Santiago de Chile  
Fono (56) 22 9786967  
E-mail: [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)  
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

**La Revista Chilena de Salud Pública**  
está registrada en las bases de datos  
Lilacs, Dialnet, Latindex y DOAJ.



## EDITORIAL

### **A cincuenta años; textos para una memoria**

*Jorge Gaete*

*After fifty year, texts for remembrance*

63

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### **Percepción de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables: Un desafío para el control de la hipertensión arterial en Latinoamérica**

*Lora-Mantilla A.J., Cáceres-Ramírez C., Parra-Gómez L.A., Camacho P.A.*

*Perception of disease, habits, and healthy lifestyles: A challenge for  
the control of arterial hypertension in Latin America*

72

### **Apoyo familiar en personas con enfermedades cardiovasculares en la APS de Río Negro, Chile. Un problema emergente de salud pública**

*Sergio Bermedo Muñoz, Nataly Oyarzún Vargas, Cristina Cid*

*Saldivia, Antonio Vargas Peña*

*Family support for people with Cardiovascular Diseases in the PHC  
of Río Negro, Chile. An emerging public health problem*

89

### **Efectividad de las vacunas contra la influenza en personas mayores de la Región de Ñuble, años 2015, 2017 y 2019**

*Brenda Tapia, Carlos Weitzel, Jessica Inzunza, Josefina Weitzel y Carmen  
Luz Muñoz-Mendoza*

*Effectiveness of influenza vaccines in elderly in the Ñuble Region, years  
2015, 2017 and 2019*

101

### **Experiencias de atención psicoterapéutica a víctimas-sobrevivientes de violaciones a los Derechos Humanos tras el Estallido Social en las ciudades de Santiago y Valparaíso**

*Ximena Faúndez, Natalia Alarcón, Marcela Castro, Hellen Lefiqueo,  
Macarena Romo y Daniel Sanz*

*Experiences of psychotherapeutic care for victims-survivors of Human  
Rights violations after the Social Outbreak in the cities of Santiago and  
Valparaíso*

109

### **Macrozona y ámbito educacional como factores asociados a violencia de género en mujeres Mapuche de Chile**

*Andy Antipichún, Camila Poblete y Teresita Rocha-Jiménez*

*Macrozone and educational environment as factors associated with  
gender violence in Mapuche women of Chile*

119

## TEMAS DE ACTUALIDAD

### Salvador Allende, un político de la salud

*Carlos Madariaga*

*Salvador Allende, a health politician*

128

### Diálogo sobre el pensamiento médico social del Dr. Salvador Allende

*Ana María Oyarce*

*Dialogue on the social medical thought of Salvador Allende, MD*

132

## CARTAS AL EDITOR

### Descripción general del trasplante de órganos y medidas para mejorar la tasa de donación de órganos en Chile

*Alonso Bolbarán*

*Overview of organ transplantation and measures to improve the organ donation rate in Chile*

134

### Proteger la salud mental de la población migrante internacional en Chile

*Alice Blukacz, Báltica Cabieses, Alexandra Obach, Alejandra Carreño y Edward Mezones-Holguín*

*Protecting the mental health of the international migrant population in Chile*

136

## REVISTA DE LIBROS Y REVISTAS

### Conflicto social en el siglo que comienza: ¿qué muertes nos acechan?

*Carlos Madariaga*

*Social conflicts in the upcoming century: what kind of death can we expect?*

138

## A CINCUENTA AÑOS; TEXTOS PARA UNA MEMORIA

### AFTER FIFTY YEAR, TEXTS FOR REMEMBRANCE

Han pasado cincuenta años desde el golpe de estado de septiembre del 73. Para muchos de los que vivíamos en ese entonces, el mundo se vino abajo. Similar sentido, aunque vivido ciertamente de otra manera, tiene también esa fecha para buena parte de las generaciones que llegaron después.

La experiencia del gobierno de la Unidad Popular y su abrupto término fue asumido obviamente de muy distintas maneras, pero para un grupo muy importante de chilenos, esos días fueron días cruciales. ¿Qué es lo que hizo tan particular a esa experiencia y qué es lo que ese día perdimos y hasta hoy extrañamos?

Esos tres años fueron momentos indudablemente difíciles; aparte de los primeros meses en que el mundo se veía y se portaba grato, lo que siguió siempre fue duro, resistido y discutido. Pero las fotos de la época muestran mucha alegría. En especial, varias en que aparece Allende rodeado de trabajadores. Recuerdo una en que un joven trabajador mostraba un periódico de la época con los resultados de la última elección parlamentaria de marzo de 1973: UP 43,39%, CODE 54,70%.

Creo que esa alegría, y lo que hace crucial al período, es que tuvimos la posibilidad de entreabrir una puerta y vimos que organizar al mundo de acuerdo a la razón era una posibilidad cierta. No era el mercado, eran las necesidades lo que prevalecía; no eran los intereses o el financiamiento el criterio que organizaba a este mundo. Más decididamente, no era la economía sino la política la que orientaba los rumbos a tomar. Además, su violento e infame término dejó abierta la posibilidad de que esa forma de vivir fuera posible: no concluyó porque razonablemente no era posible, terminó porque la fuerza aplastó a la razón. No puedo olvidar a Brecht cuando señala, en medio de las vicisitudes de Galileo, que la razón se impone solo cuando los que razonan se imponen.

¿Cómo recuperar cómo se vivió ese día en Chile? Quedan las grandes imágenes: La Moneda bombardeada; Pinochet y sus secuaces con los lentes oscuros; los miles de detenidos custodiados por militares y unas cuantas más... Se trata de cincuenta años y, cuál más o cuál menos, todos hemos asimilado ya la vida que empezó entonces.

Como una ayuda a mantener esa memoria, he querido recuperar cuatro textos de cuatro médicos que aprecié y aprecio hoy. El primero es de Pedro Castillo, en ese entonces director del Departamento de Cirugía del Hospital J.J. Aguirre; el segundo es de Alfredo Jadresic quien fuera decano de la Facultad de Medicina a partir del movimiento de Reforma Universitaria de 1968; el tercero de María de la Fuente, docente del Departamento de Medicina Preventiva y Social, y un cuarto de un amigo de toda la vida Jorge L. Minguell que se desempeñaba como Médico General de Zona y Director del Hospital de Calbuco.

En lo personal, yo regresé a Chile desde Ecuador el 10 de septiembre de 1973 de una gira de estudios y discusiones en que había acompañado a Juan César García desde Washington, Guatemala y Ecuador. El 11 volví a la Escuela para que conversáramos de esa gira. Pero ya esa vida estaba terminando. De esa mañana en mi queda la ima-

gen de Tegalda Monreal sollozando en el hombro de don Hugo Behm en la escalinata de entrada de la Escuela, mientras pasan por el aire los Hawker Hunter en dirección a la Estación Mapocho y La Moneda. Más allá de la esquina, unos carabineros rompen la puerta y allanan una sede del Partido Socialista en calle Gamero pasado Independencia...

## EL "ONCE" EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Pedro Castillo Y., Afanes de un cirujano, con pericias y pereza. Gráficas Lom, sin año, pp. 32-36**

Como siempre, Sergito, entre 7:20 y 7:30, frente a la Escuela de Derecho, al otro lado del río.

Era la frase ritual de cada tarde, para recoger a mi ex alumno, colega y residente del Departamento de Cirugía, el doctor Sergio Báez, e irnos juntos al trabajo.

Ese día, bajando por la Costanera, tal vez había menos autos, radios silenciosas, se escuchaban bandas militares.

- *Sube, Sergito.*

- *Maestro –trato excesivo y cariñoso– empezó el golpe, ¿Qué hacemos?*

- *Nos vamos al hospital, es el lugar que nos corresponde en estas circunstancias.*

Desde que entramos, gran agitación y movimiento. Todos los rumores de tropas que vienen y tropas que van. De ayudas y de ataque, de bombardeos.

Se llama a una asamblea general, amplia, en el auditorio "Emilio Croizet" de Anatomía Patológica. El Director del Hospital, Dr. Marcos Donoso, anuncia que éste es un objetivo militar. La Escuela de Salud Pública es de clara tendencia progresista y de apoyo al gobierno; además históricamente ha existido proximidad entre la Facultad de Medicina y sus alumnos, la mayoría, históricamente libertarios y rebeldes. También hay alumnos extranjeros, que pueden ser peligrosos.

Se autoriza que el personal y los alumnos de todas las Escuelas, sin tareas específicas importantes, puedan retirarse a sus casas.

Sin saber de dónde ni cómo, aparece una larga caravana de aproximadamente 50 o 100 muchachos, sólo algunas niñas, alumnos de la Facultad de Bellas Artes. Huyen buscando refugio en el hospital amigo. Visten ropas, bolsas y chalas artesanales. Para disimular su aspecto bohemio, rompen los candados de los estantes metálicos de nuestros alumnos. Con los

delantales blancos, mal abrochados, su apariencia es más patética y sospechosa. Alguno se cuelga el estetoscopio al cuello, peor.

En la asamblea, se propone todo. Barricadas en las rejas y en las puertas, poner los autos de los doctores. Una enfermera amiga, la señora Anita, me avisa y hace poner en otra parte mi viejo Peugeot.

Se quiere defender nuestro bastión con todas nuestras armas: palos, cuchillos, linchacos y uno que otro revólver o pistola. Locura completa. Se dice que los milicos enviarán tanques.

Se ordena deshacerse de cualquier cosa que pueda considerarse un arma. Hasta perillas de las puertas. No sabemos cuántos obedecen.

Por el retiro de la mayoría del personal administrativo y técnico, más la fuga de los mandos académicos por el subterráneo hacia la Escuela de Salubridad, se produce un peligroso vacío de mando o poder que puede hacer más delicada la situación. Asumo el control de caos.

Debemos dar todas las altas posibles. Excepto pacientes de provincia o patologías muy limitantes o graves. Aclaremos que, si vienen, serán pacientes graves, preferentemente heridos.

Se intenta un ordenamiento de atención y cuidado progresivo.

La comida, que no es abundante, deberá ser racional. Tenemos una sobrepoblación de alumnos de otras escuelas y mucha gente que no cumple funciones importantes.

Un asustado estudiante se me acerca con un viejo revólver con un largo cañón. De alguna colección o museo:

- *¿Qué hago con esto, profesor?*

Se lo quito de las manos. Lo tiro en uno de los casilleros vacíos de nuestros estudiantes y le digo que lo olvide y desaparezca. Con el tiempo, llegó a ser un distinguido internista. Hay un fundado temor de un ataque militar formal. Hemos visto algunas tanquetas haciendo pasadas de reconocimiento y provocación. Llamamos al Regimiento Buin. Nos responde el comandante de la unidad, el coronel Sergio Covarrubias. Se establece el siguiente diálogo:

- *Coronel, el Hospital Universitario es un hospital público y permanece abierto, dispuesto a recibir los enfermos que requieran atención.*

La respuesta:

- *Se ha tomado nota y se tendrá en cuenta. Cuelga.*

Es todo lo que dice en el rico lenguaje militar.

A medida que se acumulan los amenazadores bandos militares con listado de personas requeridas, se va vaciando el hospital. Se anuncia toque de queda absoluto desde las 14 horas. A quien lo quebrante, se disparará sin aviso.

En Cirugía tengo dos equipos con cirujanos preparados y anestesista.

Además, hay un equipo de traumatología completo, a cargo de quien, posteriormente, alcanzaría altos cargos en nuestra Universidad.

Un médico centroamericano, tal vez con experiencia en revoluciones y asonadas me dice:

*- Doctol, no haga nunca, en estas circunstancias, listados de nada, menos de personas. Son peligrosas si caen en manos enemigas.*

Le hice caso.

A media mañana, subo con algunos jóvenes a la terraza de nuestro Hospital, mirando hacia el centro de la ciudad donde se dice atacaran los valientes aviadores. Era un día iluminado, como los hay en Chile cuando se acerca la primavera. Desde el norte sentimos venir los aviones. En parejas, más o menos sobre nosotros, descienden para poner en la mira de sus cohetes la casa de los presidentes de Chile.

Era como estar en el cine, en un palco privilegiado para ver un bombardeo. Sólo que es real, de aviones chilenos contra el gobierno constitucional. Vemos las estelas que dejan los cohetes.

Surgen grandes humaredas.

Mirándonos, me restringo los ojos, están húmedos. La pena todavía no se me ha quitado.

En la tarde, operé a Héctor Contreras Castillo (ficha 319484/73), dirigente poblador de la Pincoya, con un pequeño orificio paraumbilical derecho. Por el dorso de la región lumbar derecha, hay un rosetón sangrante de labios revertidos de 12 a 15 cm de diámetro. Herida por bala de mediano calibre y alta velocidad.

Debí reparar el lóbulo inferior del pulmón derecho, reparar el diafragma y el lóbulo derecho del hígado. Además se debió efectuar una nefrectomía derecha. Al día siguiente estaba vivo, pero con evidencias de una sección traumática de la médula espinal a nivel dorso lumbar. Murió un par de días después.

Esa noche, después de una ronda, nos recostamos en las camas de la residencia de cirugía. Por algún milagro, la línea telefónica estaba intacta. Pude hablar con Erica y con mis cinco hijas.

Al día subsiguiente, muy temprano, ocupación militar del Hospital, la Facultad de Medicina y la Escuela de Salubridad. Por los pasillos, patrullas armadas y con altavoces nos gritan:

*¡Todo el mundo afuera! Sin excepción!*

A la cancha de fútbol, con los brazos en alto. Desfilan los sabios con los ojos enrojecidos desde los microscopios en los subterráneos de la Facultad, al sol ardiente. El decano y todos los incrédulos académicos. Con sus almidonados uniformes a la cancha con estudiantes y funcionarios.

Hasta el suplementero.

Entre nosotros pasa un "jeep" con el coronel del regimiento Buin. Mediante un parlante y con la ayuda de un dirigente médico, busca partidarios del gobierno y extranjeros.

Con las manos arriba, somos el ejército derrotado de delantales blancos, más o menos 500 u 800 personas. Contra el sol nos hicimos sombreros con papel de diario.

A enfrentar nuestros destinos.

Continúe en funciones hasta que fui exonerado de mi cargo en diciembre de 1975 mediante el Decreto 8276 firmado por el Rector Agustín Rodríguez Pulgar y el Prorector Enrique D'Etigny, por las siguientes razones: "a) La necesidad de garantizar una armónica convivencia universitaria que permita el libre e íntegro desarrollo de las distintas funciones universitarias a nivel académico, no académico y estudiantil. b) El imperativo de lograr una docencia objetiva y pluralista, evitar el uso de la función universitaria con fines proselitistas y sectarios..."

Y pasaron muchos años:

En junio de 1990 volví por un período corto al Departamento de Cirugía con un cargo ad honorem y se me ratificó el grado de Profesor Titular en 1993.

**EL GOLPE MILITAR: 11 DE SEPTIEMBRE DE 1973**

**Alfredo Jadresic, *Historia de Chile en la vida de un médico. Editorial Catalonia, 2007, pp. 168- 173.***

La noche del 10 de septiembre de 1973 recibí una llamada telefónica de un vecino nuestro en la Reina. Era un antiguo compañero de atletismo que ejercía ahora como entrenador de esquí del Ejército. Venía de regreso de una cena con militares de alto rango. Me contó que, hacia la medianoche, uno de ellos había dicho: “Bueno, debemos retirarnos ya, no hay que olvidar que mañana es el pronunciamiento.

En los primeros días de septiembre corrían muchos rumores sobre la posibilidad de un Golpe Militar, pero un gran sector de la población pensaba que eso no ocurriría jamás en Chile. “No a la guerra civil” era también el clamor público. No obstante, ante la información de mi amigo y la fuente, pensé que debía informar al presidente Allende. Opté por hacerlo a través de su ministro de Economía, José Cademártori –gran compañero, casado con Xenia Dujisin, amiga de nuestra familia de varias generaciones.

El 11 de septiembre temprano me dirigí a la Escuela de Medicina como de costumbre. Circulaban rumores sobre lo que ocurriría en Valparaíso y pronto llegaron las noticias sobre los movimientos de tropas en el centro de Santiago. Entre el desconcierto y la consternación era difícil tomar decisiones. Cada uno esperaba escuchar la opinión del compañero que le ayudara a decidir. Nos reunimos los amigos de siempre, más amigos que nunca en los últimos tres años, Hugo Behm, Pedro Castillo, Héctor Orrego, Moisés Brodsky y otros docentes y funcionarios, perplejos de constatar que era cierto lo impensable: estaban bombardeando La Moneda, con el presidente Allende y sus colaboradores dentro del palacio de gobierno. Desde la Av. Independencia, se podían ver las columnas de humo que iniciaron la página más negra de la historia de Chile. Finalmente, acordamos que algunos permanecieran en la escuela, algunos en el hospital y otros estuvieran presentes en sus barrios. Se consideró que yo regresara a mi sector de La Reina, tal vez por el pequeño liderazgo local ejercido a través de la JAP. En realidad, no sé por qué. Porque no era responsable de ninguna otra organización en la comunidad.

Apenas había vuelto a casa, se presentó a visitarnos un teniente de carabineros. Otros seis carabineros armados rodearon la casa. El joven teniente, tembloroso, se sacó los guantes y extendió la mano

para saludarme. Le correspondí el saludo. Me pidió disculpas por visitarme sin invitación. Dijo que estaba recorriendo todo el sector y que lo único que les interesaba era que se mantuviera la calma y no ocurrieran disturbios. Lo invite a pasar y nos sentamos en el living. De pronto me preguntó:

*¿Doctor, tiene usted armas aquí en la casa?*

*No, libros –contesté, señalándole las estanterías que cubrían las murallas de piezas y pasillos.*

La conversación, gentil pero forzada, continuó en forma insubstancial hasta que, en algo así como un nuevo impulso, me preguntó:

*– ¿Doctor, tiene usted alguna clase de explosivos?*

*– No, niños –le dije al tiempo que extendía el brazo para mostrarle algunos de nuestros hijos más pequeños que corrían indiferentes entre nosotros. Y agregué, señalando una residencia cercana de nuestra calle, donde en el techo estaba congregados los partidarios del Golpe, contemplando las columnas de humo negro que emergían del bombardeo de La Moneda y celebraban con champaña el fin de la democracia:*

*– Si usted está interesado en pesquisar armas, debería visitar a nuestros vecinos de Patria y Liberad, que viven en esa casa.*

*– Iremos a todas las casas –contestó– nos interesa que haya tranquilidad y paz en el sector.*

Entonces pregunté:

*– ¿Y usted, teniente, dónde vive?*

Ya bastante relajado me dijo:

*– En el Club de Campo de Carabineros, aquí en La Reina. ¿no lo ha visitado nunca, doctor?*

Y a mi respuesta negativa, agregó:

*– ¿Por qué no viene almorzar conmigo el domingo? Es muy bonito.*

Se despidió cortésmente como había llegado. Los acontecimientos que siguieron me impidieron entablar por primera vez en mi vida una relación social con un uniformado.

En los bandos transmitidos ese mismo día, por radio y televisión, se estableció el estado de sitio por tres días y la orden de permanecer en el domicilio.

Nuestra hija mayor no alcanzó a regresar a casa y anunció por teléfono que estaba con unos amigos. No supimos de ella durante tres días. Tratamos de ubicarla. Nadie contestaba las llamadas telefónicas.

Al tercer día se pudo salir de las casas bajo un severo toque de queda que obligaba a recogerse antes de las seis de la tarde. Llamé a una veintena de compañeros sin lograr una sola comunicación. Por fin logré hablar con mi gran amigo Enrique Silva Cimma. Enrique prefirió no conversar por teléfono y me invitó a su casa. Le conté sobre el silencio de mis compañeros y la evidencia que se habían ocultado. Varios de ellos eran insistentemente citados por los bandos a comparecer en diversas oficinas. Le pregunté a Enrique si él pensaba que también yo debería esconderme, lo que yo consideraba difícil por razón de mi familia con seis niños. Silva Cimma me dijo:

*- Pero, Alfredo ¿por qué te vas a ocultar? ¿Tú? Tú no has hecho nada malo. Ni siquiera has tenido un cargo de responsabilidad política. Ni te han llamado en los bandos. Por último, si te toman preso a ti... ¡Se levanta la Universidad!*

Le respondí:

*- Mi querido Enrique, no te das cuenta que han bombardeado La Moneda. ¡Qué han matado al Presidente de la República!*

Y me quedé pensando con enorme admiración por este noble amigo mío, quien a pesar de la barbarie que había comenzado en Chile, en un momento de generoso apoyo, aún razonaba con sentido de legalidad y vocación de hombre derecho. Poco a poco, todos habríamos de convencernos de que nuestra democracia no tenía la solidez que en forma tan orgullosa nos hacía decir: “¿Golpe de Estado? ¿Dictadura? ¡Esas cosas no pasan en Chile!”

En los días inmediatos que siguieron al golpe, continué concurriendo a la Escuela de Salud Pública. Uno de esos días, el doctor Jorge Ávila, un joven médico becario de postgrado en psiquiatría, se acercó a preguntarnos, a un grupo de docentes, qué pensábamos que debía hacer. En un bando del Ejército lo llamaban a presentarse. Al igual que mi amigo Enrique Silva Cimma, estuvimos todos de acuerdo que no tenía nada que temer, que no había hecho nada malo, que la alternativa era vivir escondido, que no tenía sentido, que mejor sería que se presentara. Su compañero de estudios, el doctor Raúl Berdichevsky –quien hacía también una beca en psiquiatría en el Hospital psiquiátrico– cuenta que ambos fueron requeridos

a presentarse en el mismo bando, pero percibió el peligro y determinó no hacerlo. No pudo convencer a su amigo de los riesgos que corría. El doctor Ávila fue detenido el 17 de septiembre y fusilado al día siguiente en el Estadio Nacional.

## EL FIN DE UN SUEÑO

Las expropiaciones de los latifundios y las nacionalizaciones de las grandes empresas, realizadas durante el gobierno de la Unidad Popular, afectaban los intereses de los capitalistas nacionales y extranjeros. Ellos decidieron detener el proceso a cualquier precio. Contaban con el apoyo de la CIA y del gobierno de los Estados Unidos. Sucedieron primero los asesinatos políticos de los militares constitucionalistas y luego el Golpe Militar y los más cruentos años que recuerda el país.

Horrendos crímenes sufrieron médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Cayeron víctimas de torturas, ejecuciones y asesinatos, distinguidos académicos: Enrique Paris, Iván Inzunza. Médicos apenas graduados, que fueron brillantes representantes de los estudiantes en el Consejo de la Facultad: Jorge Klein, Carlos Lorca. Jóvenes egresados, becarios y médicos generales de zona, que ejercían en diversas provincias del país: Jorge Ávila, Vicente Cepeda, Jorge Cerda, Eduardo González, Arturo Hillierns, Jorge Jordan, Claudio Tognola, Absalón Wegner.

Oprobiosos vejámenes padecieron venerables personalidades nacionales como el doctor Edgardo Enríquez, quien fuera Rector de la Universidad de Concepción, relegado en Isla Dawson, junto con Arturo Jirón y otros. Eminentes profesores fueron retenidos en prisiones y partieron al exilio: Hugo Behm, Moisés Brodsky, Héctor Orrego y muchos más. Pedro Castillo fue encarcelado reiteradamente y por último relegado en la isla Melinka. Me correspondió afrontar con multitud de universitarios la detención en el Estadio Nacional y luego el destierro. Miles de estudiantes corrieron igual suerte y fueron suspendidos o expulsados.

La Dictadura borró de un sablazo “las conquistas irreversibles del pueblo”: la educación y la salud gratuita para toda la población, la previsión a cargo del Estado. Fueron suprimidos los partidos políticos y los sindicatos, los cargos representativos y la participación en consejos. Las universidades fueron intervenidas. Los universitarios se convirtieron en individuos peligrosos, se les persiguió encarnizadamente.

Se estableció un régimen autoritario en todas las instituciones nacionales. Se acabó el debate. El au-

toritarismo reemplazó a la participación. El miedo ocupó el lugar del entusiasmo. Se hizo sospechoso el compañero, podía ser un denunciante. Se instalaría el neoliberalismo. La sociedad competitiva reemplazaría a la sociedad solidaria. El individualismo y la competitividad se convertirían en las virtudes del nuevo sistema social. Todos los valores los establecerá el mercado.

## DESDE ARGENTINA, CARTA PARA MIS AMIGOS

**María De La Fuente. Desde Mendoza, Argentina: Carta para mis amigos. CMS [Internet]. 21 de julio de 2023 [citado 14 de enero de 2024];63(3):39-44. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1507>**

Mendoza, Febrero 1974

Nuestros amigos se preguntarán qué es lo que ha pasado con nosotros. Yo he venido a este vecino país para poder contarles lo que ha pasado con nosotros y lo que ha pasado por nosotros. Después de vivir una experiencia como la vivida, ya nada es lo mismo, cambia la visión de las cosas, el pasado no cuenta, el futuro se borra, es sólo el día que tenemos por delante. Vivimos estrictamente el presente.

Los lazos familiares se fortifican o se aflojan, dependiendo de las ideas. El trabajo pierde su sentido de servicio. El ambiente externo ya no importa, nos damos cuenta de que es primavera y nos preguntamos cómo es que la naturaleza sigue cumpliendo sus ciclos; la alegría de los niños, la aparente normalidad de algunos barrios, nos parece que transcurren para otros. Sin embargo hay algo que se mantiene, se valora y se cuida ahora más que nunca y eso es la Amistad.

Adivinamos en las cartas de ustedes la preocupación, sentimos el afecto, la solidaridad como algo tangible, muy nuestro y es por eso, por esa amistad, que les escribo ahora y desde aquí, ya que de otro modo no sería posible.

Hasta el 11 de septiembre vivíamos en nuestra Copia Feliz del Edén disfrutando del camino chileno al socialismo “con sabor a vino tinto y empanadas”: de las marchas, las concentraciones, el nuevo folklore, la conciencia colectiva que poco a poco iba creciendo, de aquellos días en que las 24 horas se hacían cortas para trabajar, enseñar, estudiar, escuchar y aprender, organizar, colaborar en esta nuestra vía al socialismo con sus virtudes y sus defectos, pero nuestra lucha al fin, en la que creíamos y por la que vivíamos.

Sin embargo, no todo era fácil. En los días precedentes al 11 de septiembre había un ambiente de tensión alarmante; por una parte atentados terroristas, con muchas víctimas, en torres de alta tensión, en gaseoductos, en locales de partidos políticos, por otra allanamientos de las Fuerzas Armadas, en uso de una extraña ley de Control de Armas, que sólo iba a buscarlas en los centros obreros, políticos o sindicales y una nube de rumores que nos rodeaba: que habría un golpe militar, una guerra civil, que sería este fin de semana, esta noche o mañana. De tanto escuchar el anuncio, ya nadie lo creía, especialmente después del “tanquetazo”, intento fracasado de asalto a la Moneda del 29 de junio, pero la orden era, ya se sabía, ir a los lugares de trabajo, resguardarlos, defenderlos y esperar allí las directivas de la CUT.

Pero llegó el 11 de septiembre y llegó como un día cualquiera. A muchos nos estaba esperando la noticia en los lugares de trabajo, otros lo escucharon por radio, algunos, muy pocos, lo sabían desde la noche anterior:

*¡Golpe de Estado: la Moneda está sitiada...!*

A la incredulidad siguió la angustia, hubo un recogimiento en la espera ¿sería como el 29 de junio? Pero no, pronto perdimos las esperanzas, la realidad se nos hizo presente con toda su crudeza, los minutos corrían muy largos; cada uno significó algo en esos instantes. Las radios populares daban comunicados. Hablaron los compañeros de la CUT: “Hay que quedarse a defender los lugares de trabajo”

Habló el Presidente dos veces, esa mañana desde la Moneda, la segunda fue la última de su vida y así lo dijo:

“Superaran otros hombres este momento gris y amargo, donde la traición pretende imponerse. Sigán ustedes sabiendo que, mucho más temprano que tarde se abrirán las grandes alamedas por donde pase el hombre libre para construir una sociedad mejor.

Estas son mis últimas palabras tengo la certeza que el sacrificio no será en vano.

¡Viva Chile, viva el Pueblo, vivan los Trabajadores!”

Ya en la mañana callaron nuestras emisoras radiales una a una. Se escucharon solo cadenas bajo control militar y luego ya no fue necesario que nadie nos dijera lo que estaba pasando, bastaba mirar el cielo, los aviones con una perfección técnica maldita (de lo cual están muy ufanos) bombardearon una y muchas veces la Moneda y eso era verdad, ese rugir de motores eran aviones de la Fuerza Aérea chilena, piloteados por aviadores chilenos, que bombardeaban la casa

presidencial. Al final solo columnas de humo y abajo cenizas y escombros...

Luego, durante todo el día por varios días, descargas de ametralladoras, balas, helicópteros y aviones sobre la ciudad. Sobre una ciudad que empezó a adquirir un rostro desconocido, repleta de militares dando órdenes, dueños de todo, de la vida y la muerte, en unas horas no valíamos nada. ¡Qué difícil es conservar la lucidez en momentos como éstos! ¿A quién clamar, a quién? ¿Donde había estado escondido tanto odio que de pronto apareció así ante nuestro asombro?

Ese primer día fue largo, estuve dispuesta a quedarme en resguardo del local, sin saber muy bien para qué, tal vez para aferrarme a la idea de que cumplía con mi deber, pero los compañeros dispusieron las cosas de otro modo y las mujeres nos fuimos a nuestras casas.

El toque de queda se iniciaba a las 15.00 horas. Camino a mi casa, vivo en el llamado Barrio Alto, vi escenas increíbles (había olvidado que existen otros chilenos). Gente que se abrazaba en las calles, que embanderaba sus casas, que aplaudía al paso de las tropas y algunos extraños seres, que nunca conocí que me saludaban con rostros radiantes.

Llegué a casa, donde me esperaba, afortunadamente, mi hermana y sus niños. Allí pasamos el encierro obligatorio de 48 horas. Edmundo se quedaría toda la noche y los días que fuera necesario de guardia en el hospital.

La televisión empezó a intoxicarnos ese mismo día con las odiosas imágenes que íbamos a tener que aprender a soportar desde entonces y... ¿hasta cuándo? Aprendemos los nombres de ellos, de esos oscuros seres que sin ningún derecho aparecían allí hablando en nombre de la Patria, la Paz y la Justicia, seres a quienes les brotaba el odio por todos los poros, que hablaban de extirpar el "cáncer marxista hasta sus últimas consecuencias", de proteger a los trabajadores, siempre que no fueran marxistas.

Ya tarde, en la noche, por personas que habían escuchado radios de países vecinos, supimos que Allende había muerto en la Moneda, recién entonces comprendimos que todo estaba perdido, de nada serviría la heroica resistencia que hacían francotiradores en el centro, obreros en sus fábricas o en las poblaciones, solo acumular más muerte y sufrimiento.

No había nada que hacer, sino esperar... ¿qué? Sin posibilidades de establecer contactos de ningún tipo, obligados a escuchar por radio o televisión sólo comunicados oficiales, prácticamente sin teléfonos, vivimos unos extraños días enquistados en este Barrio Alto.

Estábamos en medio de vecinos felices, que colocaban banderas, se daban la "buena nueva" de la muerte de Allende, salían a pasear sonrientes llevando de la mano a sus preciosos y limpios niños. La juventud con su descuidada vestimenta pulcramente desteñida, gozaba de la tibieza del sol. Viejas pintadas, como luchando contra el tiempo, ventilaban a sus perros y comentaban entre ellas lo felices que eran ahora que tenían "libertad" y se habían salvado de la muerte segura que les tenía preparada la "rotada" que iba a bajar de las poblaciones... y los viejos que pocos días antes hacían sonar las ollas vacías (que nunca lo estuvieron para ellos) ahora se encontraban toda la razón unos a otros: "si, lo mejor es un régimen militar, habrá disciplina, se acabará el desorden, las huelgas, los políticos y ... usted sabe? Yo estaba en la lista de exterminación del Plan Z... ¿Se da cuenta?... si nos querían matar a todos.

Las únicas caras tristes que vi en mi barrio fueron las del jardinero y el suplementero de la esquina.

El viernes llegó Edmundo, había pasado tres días y tres noches en el hospital trabajando duro, disputándole los heridos a las balas, balas de guerra que causan destrozos enormes. Había heridos civiles y militares, hombres mujeres y niños, algunos de éstos baleados en sus casas: "balas perdidas" decían ... El cuadro fue diferente, ese hospital está enclavado en uno de los barrios más populosos de la capital, donde viven y trabajan muchos obreros y allí sí que se vivieron horas de espanto, defendiendo las fábricas, los talleres, las escuelas, las poblaciones. Murieron muchos. No hubo señoras paseando sus perros, ni juventud despreocupada, allí se luchó duro y se murió por la causa justa y perdida de los trabajadores.

## MEMORIAS DE CALBUCO

**Jorge Minguell U. Varios Autores. Calbuco, Castro Quellón. Memoria y Salud en la XII Zona. Servicio de Salud Llanquihue, Chiloé y Palena, Santiago 2007. Pp 96-98.**

El 11 de septiembre de 1973 llegué temprano al hospital, ya que esa mañana teníamos una operación de vesícula con posible exploración de colédoco, e inevitablemente me hacía estar más tenso que lo habitual. En la radio que tenía en mi despacho oí las primeras noticias de lo que sería el golpe de estado y a continuación el mensaje de Salvador Allende al pueblo en que pedía unidad y fuerza ante la traición. Fue un mazazo en mi conciencia.

Estaba solo, mirando por la ventana que daba a la entrada del hospital mientras oía el mensaje, cuando veo un energúmeno, el esposo de una funcionaria, que desde su coche me hacía gestos desafiantes y de alegría. Ese fue el primer signo de que todo empezaba a terminar. A las 10 de la mañana parecía que el golpe estaba triunfando. Marta me preguntó si suspendíamos la operación a lo que me negué. Aún con las palabras del Presidente en los oídos y repitiéndola una vez tras otra en la mente, comenzamos la operación más triste de mi vida y que sería mi última intervención en Calbuco. Ese día no se puso música en el quirófano, trabajamos en silencio, negándome a tener más noticias de lo que pasaba y terminamos la exploración de colédoco con éxito y el único comentario fue que el paciente estaba bien.

Cuando volvimos a la realidad, habría querido llorar de rabia al saber que ya no había nada que hacer y que el Presidente Allende había muerto y con ello todas nuestras ilusiones. El 13 de septiembre llegaron al hospital varios vehículos militares en el que venía el Dr. del Nido y otros oficiales, algunos de ellos también médicos, para comunicarme que las cosas habían cambiado y que a partir de ahora las cosas irían mejor y que debía colaborar. Le manifesté mis dudas y me ratifiqué en mi defensa de lo que habíamos hecho. Se marcharon disgustados al ver mi resistencia y comprobar que el Hospital de Calbuco era el único servicio público que había desobedecido la orden de izar la bandera nacional.

El 14 de septiembre me ordenaron que me presentara en la Comisaría de Carabineros ante el jefe de la plaza quién me manifestó que "...a partir de ese momento dejaba de ser Director del Hospital, que no podía ejercer como médico, y que cualquier

alteración del orden, visitas, comentarios o lo que fuera, significaba que se entendería como rebeldía y alteración del orden y que procedería con suma energía...", y que ante todo esto me recomendaba que por mi bien mejor me fuera de Calbuco. Volví a mi casa aturdido y confuso y sólo atiné a colocar en el tocadiscos mi música predilecta: La Fragua de Quilapayún, que se oyó a todo volumen durante una hora en todos los alrededores de la casa y el hospital, ante la angustia de mi madre que sabía que era algo prohibido en esos momentos. Tomé la decisión de irme y resistir donde pudiera ser útil. El sábado 15 de septiembre llamé por teléfono a Marta Torres, a don Omar y don Pepe para pedirles que se presentaran en el hospital. Ahí les comuniqué que me iba de Calbuco y quería que quedara todo en orden. Omar preparó un acta de entrega y don Pepe hizo un rápido balance económico y de las cuentas y firmé la entrega del hospital.

Me abracé largamente y en silencio con Marta, mi amiga y compañera de muchos sueños y alegrías y de mis fieles colaboradores Omar y don Pepe. Con lágrimas en los ojos nos despedimos y sin que nadie se percatara, me subí al coche y salí por el piedraplén como si fuera dando un paseo, desde donde le dije adiós a Calbuco. Al día siguiente un operativo de los militares entra al hospital para buscar armas e izar la bandera nacional.

¿Hacia donde iba? Pues sólo sabía que hacia el norte; las escasas informaciones que teníamos decían que había resistencia por Osorno y que era difícil llegar más allá. Decidí irme a Puerto Montt en busca de más noticias y de mis amigos que podrían decirme donde me podrían necesitar. No encontré a nadie, sólo evasivas de conocidos y miedo de verse comprometidos si hablaban contigo. Opté por intentar llegar a Santiago, empresa difícil en esos días con toque de queda desde las 5 de la tarde y con la obligación de permanecer en los puestos de trabajo bajo posible arresto.

Mi amigo y compañero Gilberto P. me ayudó en Purránque con riesgo para él y su familia, no así familiares en Temuco que se negaron a recibirme y me obligaron a tener que esconderme para escapar del toque de queda.

En Santiago era difícil justificar tu presencia y la de tu coche con patente de Calbuco, en esos días de represión, miedo y delaciones, por lo que a finales de septiembre llamé al Dr. Del Nido que me comunicó que no había ningún cargo en mi contra y que me había destinado al Hospital de Castro. El 5 de octubre

me presentaba en el Hospital de Castro ante su director, el Dr. Raúl Miserda, que había sucedido tras el golpe al Dr. Carlos Yurac. El cojo Miserda había sido compañero mío toda la carrera y no sólo compañero, sino que por iniciar su apellido con "Mi" igual que el mío, habíamos hecho casi todas las prácticas de la carrera juntos. El susodicho se había transformado en médico militar y defensor de los principios de la Junta. Su recibimiento fue frío, duro y sin el más mínimo afecto. Me destinaba al Pabellón de Tuberculosos, sabiendo mis condiciones de cirujano y mi experiencia reconocida.

Los tuberculosos, que eran muchos en esa época, en el Hospital de Castro estaban en una casa vieja, húmeda y fría, en la parte de atrás y alejado del hospital a más de 50 metros. Ahí vivían los enfermos activos, los resistentes, los complicados y los sin hogar, atendidos por dos auxiliares y un médico, que se reunían alrededor del fuego para tomar el te y darse un poco de calor entre todos. A mi antecesor, el Dr. Carvalho, lo habían expulsado después del golpe y había dejado un gran recuerdo entre enfermos y personal.

Una semana trabajé en Castro y aprovechando los festivos del puente 12 de octubre viajé a Purranque para ver a mi madre quien había quedado en casa de mis amigos. A la vuelta en Pargua, mientras esperaba el ferry en la playa, un operativo de los carabineros me rodea y me lleva al puesto de Carabineros detenido. Nadie sabe por qué, ni para qué; se me despoja de zapatos, cinturón y demás pertenencias en espera de ser trasladado a Puerto Montt. El trasla-

do lo hace un teniente de carabineros de Calbuco, al que había conocido en alguna cena del Club de Pumas, quien me insiste que es un asunto de rutina y breve, comprometiéndose a avisar a mi madre de la detención, cosa que no hace, y me deposita en el siniestro Cuartel de Investigaciones de Puerto Montt. Se me permite llevar a una chaqueta y el libro de Tisiología que estaba leyendo, que durante toda mi permanencia en ese tenebroso lugar me ayudó tanto como almohada y a evadirme intentando ocupar mi mente con los programas antiTBC.

Dos eran las palabras malditas en aquellos días para los que estábamos detenidos: extremismo y armas. Sabíamos que una u otra significaban que el castigo sería máximo, pudiendo llegar hasta la muerte. En los días que estuve incomunicado y desaparecido en el Cuartel de Investigaciones fusilaron a seis compañeros del MIR por esas razones, y que intentaban dormir a pesar de las provocaciones de los carabineros dos celdas más allá de la mía. También en esos días terribles asesinaron a seis presos comunes, casi niños la mayoría, que conocí por las mañanas cuando pasaban sacando la porquería de las celdas. Fueron casi todas las víctimas registradas en Puerto Montt en ese fatídico mes de octubre de 1973. Después de los durísimos primeros interrogatorios con el rostro cubierto por una capucha, el tema principal eran las armas, ya que daban por hecho mi militancia en el extremismo...

## PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: UN DESAFÍO PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LATINOAMÉRICA

PERCEPTION OF DISEASE, HABITS, AND HEALTHY LIFESTYLES: A CHALLENGE FOR THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN LATIN AMERICA

### RESUMEN

**Introducción:** La percepción de la hipertensión arterial es un factor clave para el control de la enfermedad en donde también influyen las creencias y prácticas personales de cada paciente. El objetivo de este artículo es realizar una revisión integrativa sobre la percepción de la enfermedad y de hábitos saludables en pacientes hipertensos latinoamericanos.

**Materiales y métodos:** Se realizó una revisión integrativa en las bases de datos PubMed, BIREME y Scopus. La selección se realizó de manera independiente y en ciego. Finalmente, se abordaron de manera narrativa los resultados de los estudios seleccionados.

**Resultados:** Existe gran desconocimiento de la enfermedad en todos los aspectos. A pesar de reconocer la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico, los pacientes no se apropian de su enfermedad; siendo importantes los factores sociales y emocionales para lograr adherencia.

**Discusión:** Se debe mejorar la educación en salud desde la atención primaria, los tomadores de decisiones y personal de salud son actores claves que podrían facilitar el conocimiento de la enfermedad para mejorar el control de la misma.

**Palabras clave:** Hipertensión, Estilo de vida, Conductas Relacionadas con la Salud, Percepción.

### ABSTRACT

**Introduction:** Arterial hypertension perception is a key factor for disease control. Also, the personal beliefs and practices of each patient can influence it. We aimed to determine the perception of hypertension and healthy habits in Latin American hypertensive patients, using a scoping review methodology.

**Materials and methods:** We conducted a scoping review by using three databases, namely PubMed, BIREME, and Scopus. Two independent researchers carried out the selection process blindly. We adopted a narrative approach to summarize the findings of the chosen studies.

**Results:** There is a significant lack of awareness about the disease in all aspects. While patients understand the significance of both pharmacological and non-pharmacological treatments, they do not possess enough knowledge about their condition. Moreover, social and emotional factors play a vital role in ensuring that patients adhere to the prescribed treatment.

**Discussion:** The improvement of health education in primary care is paramount in enhancing patient knowledge of diseases and consequently improving their control. Stakeholders and health personnel play pivotal roles in this regard as they can impart knowledge to patients on their disease to improve their management.

**Key words:** Hypertension, Lifestyle, Health Behavior, Perception.

Lora-Mantilla A.J.  
Cáceres-Ramírez C.  
Parra-Gómez L.A.  
Camacho P.A.

Subdirección de Investigación,  
Innovación y Educación.  
Clínica FOSCAL.  
Floridablanca, Colombia.  
Universidad Autónoma de Bucaramanga.  
Bucaramanga, Colombia.

paul.camacho@foscal.com.co

Recibido el 15-06-2022  
Aprobado el 12-11-2023

## INTRODUCCIÓN

A las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se les atribuye el 74,3% de las muertes en el mundo y ocupan el primer puesto en carga de enfermedad con el 15,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad. De estas, el primer lugar lo ocupa la enfermedad cardiovascular (ECV) con el 32,8% del total de muertes<sup>1</sup>. Este grupo representa un desafío para el sistema de salud debido a sus altas tasas de incidencia y de morbimortalidad, que aumentan gradualmente; siendo además la causa más común de discapacidad<sup>2</sup>.

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable para la ECV<sup>1</sup>, por lo cual su prevención y manejo es clave para disminuir su mortalidad, considerando que solo un tercio de los hipertensos logran controlar su enfermedad<sup>3</sup>. Las recomendaciones para el tratamiento de la HTA se enfocan inicialmente en la terapia no farmacológica, siendo el paso previo al inicio de medicamentos y un complemento esencial para lograr su control<sup>4</sup>. Hoy en día, la situación se caracteriza por la desinformación que existe sobre la hipertensión, sus causas y su manejo, más la falta de conocimiento sobre la efectividad de las estrategias no farmacológicas y su impacto importante en la reducción de la presión arterial. Esta situación conlleva a una baja adherencia a estos cambios en el estilo de vida<sup>5,6</sup>.

En el manejo de la enfermedad, la percepción es un factor decisivo que determina el comportamiento sobre la búsqueda de salud, al integrar las creencias implícitas y de sentido común del paciente sobre la enfermedad<sup>7</sup>. Las personas buscan entender la enfermedad mediante el desarrollo de la comprensión de su significado, causas, consecuencias, duración y curación<sup>8</sup>. La forma en que las personas perciben su salud está influenciada por un conjunto de factores ambientales, culturales y socioeconómicos. La importancia del tema de la percepción y conocimiento de la enfermedad es que a diferencia de muchos otros factores sociodemográficos, estos se pueden modificar mediante intervenciones educativas sencillas y de bajo costo<sup>9</sup>.

Es poco lo que se conoce sobre la percepción de la enfermedad en hipertensos, y aún menos en la población de Latinoamérica. Por tanto, el objetivo de esta revisión integrativa es describir la percepción de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables adoptados en pacientes hipertensos de Latinoamérica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Esta revisión integrativa se fundamentó de acuerdo con el marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley<sup>10</sup> y las directrices para revisiones sistemáticas y metaanálisis elaboradas por Tricco, Lillie, Zarin y cols.<sup>11</sup> (PRISMA).

### Etapa 1: Identificando la pregunta de investigación

La revisión se centró en la siguiente pregunta de investigación: *En los países de Latinoamérica, ¿cuál es la percepción del paciente con hipertensión sobre su enfermedad y hábitos y estilos de vida saludables?*

Para este estudio se tomaron en cuenta las siguientes definiciones:

- La percepción es la valoración subjetiva de la persona sobre algún tema, en este caso su estado de salud<sup>12</sup>.
- La HTA es un trastorno crónico caracterizado por una presión elevada persistente en los vasos sanguíneos<sup>13</sup>. Según la Sociedad Europea de Cardiología se diagnostica por una presión arterial sistólica (PAS) mayor a 140 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) mayor a 90 mmHg<sup>4</sup>.
- La adopción de un hábito es un fenómeno por el cual el comportamiento es influenciado automáticamente como resultado de la asociación de conductas y señales aprendidas<sup>14</sup>. Según la Asociación Americana del Corazón<sup>15</sup>, los hábitos y estilos de vida saludables comprenden: dieta saludable con bajo consumo de sal, evitar el consumo excesivo de alcohol, realizar actividad física, manejo adecuado del estrés, mantener un peso corporal adecuado, suspender el consumo de tabaco y una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

### Etapa 2: Identificando los estudios relevantes

La búsqueda sistemática de la literatura se hizo en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BIREME) y Scopus, identificando los artículos más relevantes en torno a la pregunta de investigación. Los términos de búsqueda en función a los *Medical Subject Headings* (MeSH), los *Descriptor en Ciencias de la Salud* (DeCS) y términos libres para español, inglés, portugués y francés fueron: "hipertensión", "percepción", "América Latina", "Perú", "Ecuador", "Argentina", "Bolivia", "Brasil", "Chile", "Colombia", "Costa rica", "Cuba", "El salvador", "Guatemala", "Honduras", "México", "Nicaragua", "Paraguay",

“Panamá”, “República Dominicana”, “Uruguay” y “Venezuela”, estos se combinaron con operadores OR y AND para aumentar la sensibilidad y mantener la especificidad.

La búsqueda se fundamentó en el título, resumen y/o palabras clave.

### **Etapas 3: Selección de los estudios**

Dos autores (AJLM y CCR), de manera independiente, revisaron los documentos identificados, hasta la fecha (02 de diciembre, 2021), en la búsqueda inicial para su selección primaria por título y resumen, mediante el aplicativo web Rayyan QCRI<sup>16</sup>, las discrepancias fueron resueltas en consenso y por un tercer investigador (LAPG). Se incluyeron los artículos referentes a la percepción de hipertensión y/o hábitos saludables en población latinoamericana, independientemente del método utilizado. Se excluyeron artículos publicados en idiomas distintos al inglés, español o portugués, artículos que no se encontraban completos, cartas al editor y artículos de revisión. Luego de la selección inicial, se revisaron los artículos completos y los que no abordaban la pregunta de investigación fueron excluidos.

### **Etapas 4: Creación de gráficos de datos:**

Se diseñó una matriz electrónica de extracción de datos mediante Google Sheets. De manera independiente y en ciego se extrajeron las variables: datos generales (título, año de publicación y apellido del primer autor), datos metodológicos (diseño de investigación, tamaño de muestra y objetivo) y conclusiones del artículo. La creación del diagrama de PRISMA se realizó mediante el aplicativo electrónico sugerido: *ShinyApp for producing PRISMA 2020*<sup>17</sup>. La creación de las demás figuras incluidas se realizó mediante aplicativo web Miro<sup>18</sup>.

### **Etapas 5: Resumen de los resultados:**

Se clasificaron los artículos de acuerdo con el método de investigación utilizado en cuantitativos y cualitativos así como por país de realización, con el objetivo de resumir de manera adecuada los resultados de los diferentes tipos de estudio.

## **RESULTADOS**

### **Proceso de selección de los artículos**

La búsqueda planificada identificó 632 publicaciones en las bases de datos definidas. Estas se unificaron en el aplicativo web RAYYAN QCRI, eliminando 205 duplicados. 427 estudios se evaluaron por título y resumen, excluyendo 407 estudios que no se ajustaban a la pregunta de interés. De este modo, 20 artículos quedaron para la etapa final. De estos, se excluyeron 7: uno porque no se logró acceder al texto completo; otro porque se trataba de un estudio con exclusivamente pacientes afroamericanos, y cinco que tenían un objetivo diferente al de nuestro estudio. Por consiguiente, en esta revisión integrativa se incluyeron 13 artículos. El diagrama de PRISMA completo ilustrado se encuentra en la Figura 1.

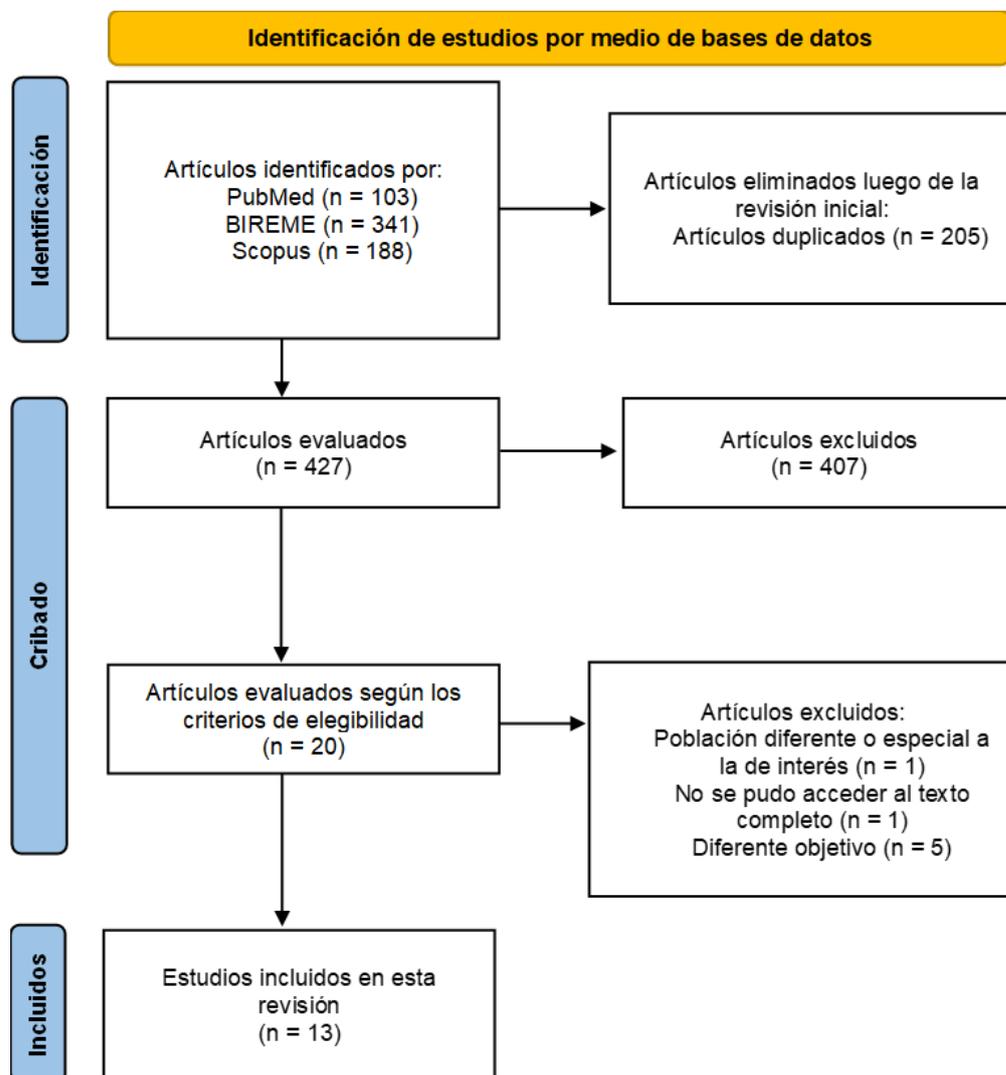
### **Características de los estudios incluidos y sus participantes**

La Tabla 1 resume las características principales de los estudios. De estos, 9 utilizaron métodos cualitativos exclusivamente, 3 estudios cuantitativos (dos transversales, uno longitudinal) y 1 método mixto. Los estudios fueron llevados a cabo en cinco países diferentes. De los nueve estudios cualitativos, cuatro se realizaron en Brasil, tres en Perú y uno en Colombia; los cuantitativos se realizaron en Brasil, Colombia y Perú; y el estudio mixto se realizó en República Dominicana. Con respecto a la población, la mayoría de los estudios incluyó pacientes de 18 años o más y uno contempló pacientes de 60 años o más<sup>19</sup>. Así mismo, la mayoría de los estudios enrolaron solo pacientes hipertensos, tres sumaron pacientes con otras enfermedades crónicas y uno incluyó pacientes sanos e hipertensos.

La Tabla 2 presenta los temas claves abordados en el estudio y algunos ejemplos destacados que se encontraron en los artículos identificados.

El método más utilizado para recolectar la información en los estudios cualitativos fue la entrevista semiestructurada<sup>20-24</sup>, otras herramientas empleadas fueron la entrevista estructurada<sup>25-27</sup>, grupos focales<sup>22,23,28</sup> y entrevistas en profundidad<sup>19</sup>; para la elaboración del componente cuantitativo se realizaron encuestas y revisión de historia clínica<sup>27,29,31</sup>.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2021 del proceso de selección de artículos acerca de la percepción del paciente con hipertensión sobre la implementación de hábitos y estilos de vida saludable (11)



**Tabla 1. Características principales de los estudios incluidos sobre la percepción de la HTA y hábitos y estilos saludables en adultos hipertensos de Latinoamérica.**

Autores	Año	País	Objetivo	Núm. de participantes	Método	Conclusiones
Al-Rousan et al. (22)	2020	Perú Camerún Malawi	Comprender las prácticas actuales del manejo de la presión arterial en países de ingresos bajos y medianos, así como la viabilidad de utilizar la monitorización domiciliar de la presión arterial y la auto titulación de medicamentos en Perú, Camerún y Malawi.	76	Cualitativo (entrevistas a profundidad y grupos focales)	Existen importantes lagunas de conocimiento sobre las causas y consecuencias de la HTA. Hay una necesidad crítica de comprender el contexto local en cada entorno e identificar las mejores formas de promover las prácticas de la monitorización domiciliar de la presión arterial, y lograr mejor control de la presión arterial.
Busse et al. (26)	2018	Perú	Identificar creencias destacadas sobre caminar 3 veces por semana durante 30 minutos sin parar entre pacientes con hipertensión en un entorno de bajos recursos y, medir las relaciones entre intenciones, actitudes, presión social percibida y control conductual percibido sobre este comportamiento	34	Cualitativo (entrevistas)	Nuestro estudio proporciona elementos para informar el diseño de una intervención que motivaría a las personas que viven con hipertensión a caminar de manera regular. El control conductual percibido puede ser clave para las decisiones de caminar con regularidad. El conjunto de creencias sobre las barreras, que incluyen (no) tener a alguien con quien caminar, tener trabajo o responsabilidades, o no tener tiempo, podría ser el objetivo de campañas de comunicación de salud para el control de la HTA entre las personas que viven con esta afección.
Einloft et al. (31)	2016	Brasil	Analizar la influencia de las intervenciones educativas en los perfiles antropométricos clínicos y bioquímicos, así como en la percepción de salud y enfermedad de los pacientes con HTA en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia.	212	Longitudinal, de intervención	Promover cambios positivos en los perfiles antropométricos, clínicos y bioquímicos de los participantes del estudio, tiene potencial para tratar la HTA. El uso de prácticas empoderadoras tiene efecto beneficioso en la superación de la idea de la salud como solo ausencia de enfermedad, ampliando el conocimiento de la enfermedad y autocuidado. Sin embargo, la rendición de cuentas y la autogestión del tratamiento, caminos fundamentales para la calidad de vida y la convivencia armónica de los pacientes con HTA con su estado de salud, aún estaban poco desarrollados incluso después de las intervenciones.

Chang et al. (27)	2015	República Dominicana	Explorar: 1) Creencias, percepciones y prácticas de autocuidado relacionadas con la presión 2) Las estrategias individuales que contribuyen al manejo de la presión 3) El significado personal y social de la presión.	49	Cualitativo (Entrevistas) y cuantitativo	El 31% de los participantes tuvo mejoras de las lecturas de control de la presión arterial, el 33% no demostró ningún cambio de las lecturas de presión arterial. El 40,5% indicó comer, beber o hacer otra cosa además de tomar medicamentos. El 36% de los participantes del estudio mencionó el calor. Las respuestas indicaron que existe un alto grado de conciencia sobre la presión dentro de su comunidad.
Oliveira Leão e Silva et al. (19)	2013	Brasil	Identificar las percepciones de los pacientes ancianos hipertensos en torno a la terapia relacionada con la adherencia o no al tratamiento farmacológico en un municipio mediano del Estado de Minas Gerais en 2010.	99	Cualitativo (Entrevistas a profundidad)	Los ancianos hipertensos que no se adhieren al tratamiento tienden a considerar la HTA como un síntoma agudo, sintomático y vinculado a estados emocionales. Tal percepción errónea hace necesario reevaluar las pautas que el equipo de salud brinda a los pacientes. Los pacientes tienen un conocimiento adecuado sobre la HTA y el tratamiento, pero se les actúa de acuerdo a sus opiniones y experiencias socialmente compartidas. Los profesionales de la salud deben estar atentos de la cantidad de medicamentos ingeridos, el uso de bebidas alcohólicas, olvido; y cambios de estilo de vida, cómo seguir la dieta y practicar actividades físicas.
Machado et al. (20)	2012	Brasil	Verificar las percepciones de las personas hipertensas en relación con los factores de riesgo y su experiencia con la HTA en un Centro de Referencia de Enfermedades Cardiovasculares de la ciudad de Salvador.	30	Descriptivo de naturaleza cualitativa (formulario semiestructurado)	Los encuestados tienen suficiente autoconocimiento para saber qué desencadena el aumento de la presión arterial. Conociendo la historia de cada persona, es posible actuar sobre factores que no se notan en una simple entrevista. La necesidad de crear un vínculo entre los pacientes y el equipo es fundamental para la acción y resolución de estos factores. Esto con el fin de promover la atención de la salud con base en las experiencias y el contexto socioeconómico y cultural en el que viven.
Bezerra et al. (21)	2010	Brasil	Analizar las percepciones de un grupo de personas hipertensas sobre su proceso de enfermedad relacionado con los modelos conceptuales de King de sistemas personales e interpersonales.	50	Descriptivo exploratorio, análisis cualitativo (Entrevistas semiestructuradas)	Se revelaron las percepciones de las personas hipertensas como el miedo a posibles complicaciones; satisfacción con la forma de vida de las personas adaptadas al tratamiento; insatisfacción por el hecho de cambiar tanto su estilo de vida; y conformación de algunos con la enfermedad. Las enfermeras son percibidas como profesionales capaces de apoyar, orientar y examinar los parámetros físicos y psicológicos del paciente. La percepción que revelan los pacientes hipertensos carece de información sobre su enfermedad, su tratamiento y sus repercusiones en el futuro. Revelando que la educación en salud no tiene un nivel adecuado de efectividad.

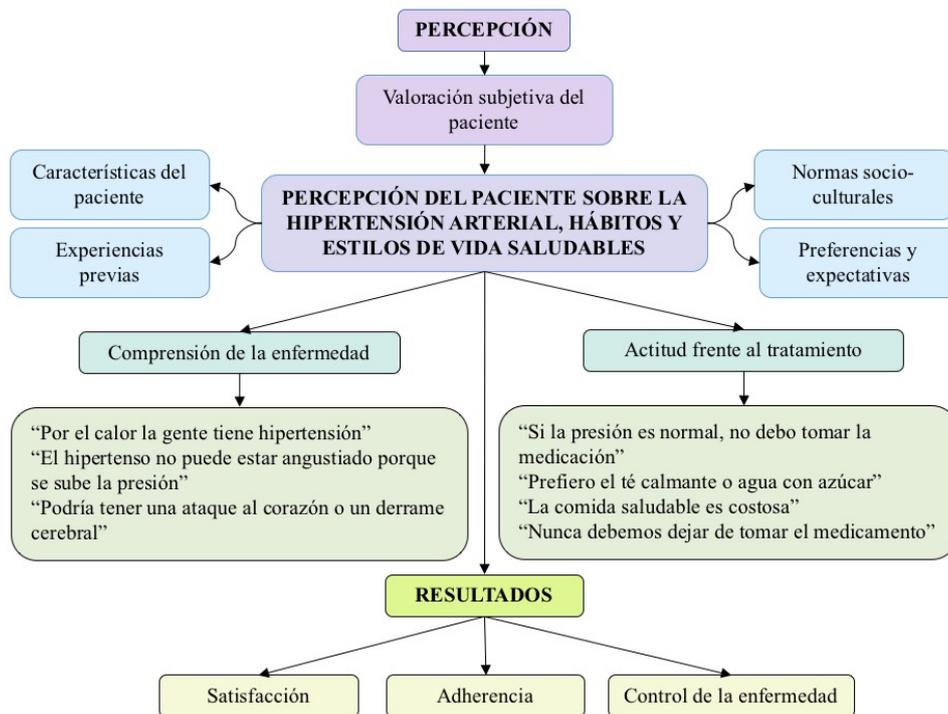
Péres et al. (25)	2003	Brasil	Conocer al paciente con HTA desde la red de salud pública, a través del análisis de sus actitudes, percepciones, creencias, pensamientos y prácticas, con el propósito de mejorar los programas de atención para esta categoría de enfermedades.	32	Cualitativo (Entrevistas estructuradas)	Los aspectos psicosociales y las creencias sobre la salud parecen afectar directamente el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad hipertensiva y sus prácticas de salud. Dado que todos los pacientes ya habían recibido algún tipo de información sobre la HTA antes del inicio del estudio, sería importante proponer nuevas formas de educar a estos pacientes.
Casas Piedrahíta et al. (29)	2013	Colombia	Establecer la relación entre la adhesión al tratamiento con los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención médica y conocimientos sobre la enfermedad de pacientes del Programa de HTA de dos municipios de Colombia en 2010-2011	295	Corte transversal	Se encontró una adherencia inferior al 50% en los pacientes estudiados en ambos municipios, similar a lo encontrado en otros estudios a nivel mundial. Sin embargo, respecto a los factores relacionados con la adherencia, las conclusiones derivan de las condiciones socioeconómicas de una población que es beneficiaria de los programas del Estado. Se reveló insuficiencia en los programas en el seguimiento y control de los factores de riesgo y antecedentes patológicos o comorbilidades de los pacientes.
Perez-Leon et al. (23)	2018	Perú	Localizar los desafíos de salud que enfrentan los países de ingresos bajos y medianos como resultado de la doble carga que las enfermedades tropicales desatendidas (NTD) y las enfermedades no transmisibles (ENT) imponen a los sistemas de salud locales.	138	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas y grupos focales)	Se muestra la importante influencia de la cultura y las condiciones sociales en la percepción de los alimentos y los cambios dietéticos en las zonas rurales del Perú. Las personas pobres en las zonas rurales toman decisiones y tienen conocimientos sobre los alimentos que se basan en el aprendizaje, la experiencia, la exposición y la disponibilidad. El conocimiento por sí solo no influye en la conducta alimentaria y hacer cambios en la dieta es difícil. Por lo tanto, promover dietas saludables sin contextualizar la información y las recomendaciones seguramente producirá resultados subóptimos. La promoción de la salud centrada en la nutrición para las comunidades rurales pobres debe tener en cuenta las actividades de la vida diaria, el acceso y la asequibilidad de los alimentos, pero también las preferencias y tradiciones del sabor de los alimentos.

Mejía-López et al. (24)	2017	Colombia	Identificar la influencia de la trayectoria de vida familiar en la apropiación de estilos de vida de personas diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes mellitus II en la ciudad de Cali.	40	Cualitativo, exploratorio, comparativo (entrevistas semiestructuradas)	Los estilos de vida no son "simples o sencillas" prácticas individuales, sino construcciones sociales complejas y dinámicas que han sido permeadas por la relación de interacción, especialmente la familia ha hecho un aporte importante en este proceso. La manera en que los sujetos viven su proceso salud-enfermedad está influenciada por sus formas de actuar, que permite un desenvolvimiento social configurado por su trayectoria vital, afectada por la clase social a la que pertenecen.
Fort et al. (28)	2013	Costa Rica y México	Presentar cómo los pacientes con diabetes tipo 2 y / o hipertensión de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México y San José, Costa Rica perciben su papel en el manejo de su enfermedad y resumir los principales factores facilitadores y barreras.	70	Cualitativo (Grupos focales)	Los pacientes con diabetes e hipertensión presentan un rango de disposición para asumir el autocontrol de la enfermedad y las barreras y facilitadores difieren según la etapa en la que se encuentran. Todos los participantes de este estudio tienen HTA o diabetes, pero algunos afirman que simplemente no tienen la enfermedad, mientras que otros han reconocido completamente su enfermedad y están trabajando para promover cambios en su estilo de vida. Existe una oportunidad para mejorar la autogestión de la enfermedad en el nivel de atención primaria de salud en estos dos entornos al comprender mejor las barreras específicas y facilitar los factores que enfrentan los pacientes individuales, según su etapa de cambio, y también a través del reconocimiento de que hay factores que trascienden al individuo.
Failoc-Rojas et al. (30)	2019	Perú	Evaluar la asociación entre la percepción de consumo de sal y el diagnóstico de HTA a partir de la evaluación de pobladores peruanos residentes de once ciudades peruanas.	4236	Corte transversal, analítico	Los pacientes hipertensos tienen una percepción de bajo consumo de sal, se necesita evaluar los tratamientos no farmacológicos de los pacientes hipertensos.

**Tabla 2. Hallazgos sobre la percepción de la hipertensión y los hábitos de estilos de vida en los artículos identificados**

TEMAS	EJEMPLOS
Creencias y conocimientos de frente a la hipertensión arterial	<p>“Por el calor, la gente sufre de la presión” (27)</p> <p>“Se me sube la presión cuando como carbohidratos o me siento estresado” (22)</p> <p>“La enfermedad es un peligro, si no la controlamos es arriesgado tener otras cosas peores, derrame cerebral, trombosis y quedar paralizado” (21)</p> <p>“Podría muy bien morir y volverme hemipléjico” (22)</p>
Perspectiva sobre la adopción de hábitos saludables	<p>“Yo hago mi gimnasia con los bomberos [...] es para gente mayor, son más estiramientos, aeróbicos, cosas livianas”. (21)</p> <p>“La sal es un arma mortal, la falta de ejercicio, la obesidad, quien fuma y quien bebe.” (21)</p> <p>“Tiene que mirar la comida, ¿no? Más comida sin grasa, no comer mucha fritura, no comer comida condimentada con sal” (19)</p>
Perspectiva sobre la adherencia al tratamiento farmacológico	<p>“Tomo agua azucarada, para calmar los nervios, tomo té para no tomar solo medicinas” (19)</p> <p>“Nunca debemos dejar de tomar el medicamento” (19)</p> <p>“Si la presión es normal, ¿por qué debo tomar la medicación? Es mucha medicina para tomar”(21)</p> <p>“El problema es que no hay información de si está evolucionando positiva o negativamente, entonces uno sigue tomando pastillas y pastillas pero sin saber realmente si está bien parar, qué se yo” (28)</p>
Barreras y facilitadores para adoptar estilos de vida saludables	<p>“Cuando el centro de salud tiene medicinas, nos las dan y cuando no tienen hay que comprarlas... y es un gasto que no tienes en mente” (22)</p> <p>“La comida es cara; a veces no es posible seguir una dieta, el dinero marca la diferencia”(21)</p> <p>“Es muy importante la ayuda de la familia, que los niños y la familia entiendan que uno no puede. Entonces ahora entienden que no podemos tener postres en casa, evitan comprarlos y traerlos a casa”. (28)</p> <p>‘No tiene en casa a nadie que le tome la PA ni hay un centro de salud cerca donde pueda medirse la presión arterial’. (22)</p>

**Figura 2. Principales percepciones y creencias en torno a la hipertensión arterial, hábitos y estilos de vida saludables**



## Resultados particulares

Respecto al conocimiento sobre la enfermedad, Peres et al.<sup>25</sup> encontraron que el 47% de los pacientes hipertensos desconocen qué es la HTA; similar a lo descrito por Carvalho et al. donde los entrevistados presentaban dudas sobre la herencia de la enfermedad y su evolución<sup>20</sup>. Por otro lado, Oliveira et al.<sup>19</sup> demostraron que en adultos mayores el conocimiento sobre la HTA y su manejo es adecuado, tanto en pacientes adherentes como no adherentes; sin embargo, la práctica de estos conocimientos en el curso de la enfermedad se ve influenciado por factores emocionales, sociales, biológicos y culturales.

En cuanto a los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad se resalta la preponderancia que los pacientes le otorgan a los factores psicológicos y emocionales, encontrándose que los adultos mayores hipertensos no adherentes consideran la HTA como un cuadro agudo ligado y generado por estados emocionales adversos, por lo cual creen que la mejor forma de tratamiento es dormir bien y/o hablar con los familiares y amigos para “quitar el estrés”<sup>19</sup>. De manera similar, Bezerra y colaboradores<sup>21</sup> encontraron que los pacientes asocian la HTA con situaciones que generan estrés y tensión emocional. Como lo menciona un paciente:

*“El que es hipertenso no puede estar contento ni triste, no podemos estar angustiados porque se sube la presión”.*

Los principales factores de riesgo para elevar la presión arterial reportados por Carvalho et al.<sup>20</sup> son el estrés emocional (36,7%), la ingesta de sal (20%), ingesta de fritos (16,7%) y tabaquismo (10%). Adicionalmente reportaron situaciones relacionadas con el estado de ánimo como la molestia (36,7%) y la preocupación (16,7%) como factores estrechamente relacionados con el aumento de la TA. Peres et al.<sup>25</sup> y Mejía et al.<sup>24</sup> concuerdan en que los principales factores que influyen en tener una enfermedad no controlada son los factores estresantes y emocionales, seguido de la dieta y la falta de adherencia a los medicamentos. Por otro lado, Al-Rousan et al.<sup>22</sup> describen que los pacientes en Perú relacionan la elevación de la TA con la alimentación:

*“Se sube la presión cuando comen carbohidratos o se sienten estresados”.*

Rojas et al.<sup>30</sup> demostraron una asociación entre la percepción de poco o nada de consumo de sal en la dieta con la HTA, sobrepeso, diabetes e hiperco-

lesterolemia. Dentro de otras causas, Chang et al.<sup>27</sup> reportan que el 36% de los pacientes consideraron el calor como una causa de HTA, y así lo manifestaron:

*“Por el calor, la gente sufre de la presión”*

*“el caribe es caliente y comemos mucha sal y grasa”*

En cuanto a las complicaciones derivadas de la HTA, se encontró que los pacientes confunden los términos factores de riesgo y complicaciones, ya que al preguntar por los primeros las respuesta más frecuentes fueron los accidentes cerebrovasculares (ACV) e infartos<sup>20</sup>. Además, se evidenció el desconocimiento sobre el riesgo implícito que conlleva la enfermedad, pues solo un 20% de los pacientes asocian valores altos de TA con la muerte<sup>27</sup>.

Bezerra et al.<sup>21</sup> encontraron que los pacientes perciben la HTA como una enfermedad grave capaz de generar complicaciones serias. Como por ejemplo:

*“La enfermedad es un peligro, si no la controlamos, es arriesgado tener otras cosas peores, derrame cerebral, trombosis y quedar paralizado”*

De manera similar en un estudio realizado en Perú, Camerún y Malawi<sup>22</sup>, los pacientes demostraron diferentes grados de preocupación y ansiedad sobre su enfermedad, desde los síntomas iniciales como mareos, edema de miembros inferiores, hasta el desarrollo de eventos cardiovasculares que puedan afectar la capacidad funcional. Como mencionó un paciente:

*“Podría tener un ataque al corazón, un derrame cerebral. Podría muy bien morir y volverme hemipléjico”*

Pese a esto, solo una pequeña cantidad de pacientes realizan monitoreo de PA en casa (33,3% de los pacientes en Perú, 11% en Camerún, 6,4% en Malawi); y la mayoría solo evalúa sus cifras de PA durante sus controles médicos debido principalmente a la falta de recursos para controlar su PA, ya sea en el hogar o en las clínicas<sup>22</sup>.

Con relación al manejo de la enfermedad, destaca la predilección de los pacientes hacia las medidas no farmacológicas tipo bebidas naturales y remedios caseros. Chang y colaboradores<sup>27</sup> demostraron que el 40,5% de los pacientes refirieron realizar medidas no farmacológicas para el control de su enfermedad, entre las que resaltan tomar agua con azúcar y un poco de sal (29,4%), tomar agua fría (29,4%) y tomar agua de vainilla con azúcar (29,4%). Sumado a esto, los pacientes afirman que las bebidas de origen natural

son igual de efectivas a los medicamentos para el tratamiento de la HTA. Lo anterior se corresponde a lo descrito en los artículos de Bezerra et al.<sup>21</sup> y Oliveira et al.<sup>21</sup>, concluyendo que estas prácticas culturales dificultan el tratamiento de la HTA, ya que, para la mayoría de los ancianos el té casero es tan bueno como los medicamentos.

*“No me gusta tomar medicamentos, solo cuando me lo indica el médico. Me gusta tomar un té calmante hecho de melisa, citronela, manzanilla”*

*“Tomo agua azucarada, para calmar los nervios, tomo té para no tomar solo medicinas [...]”*

Abordando la percepción y adopción de las medidas farmacológicas y no farmacológicas, Casas et al.<sup>29</sup> compararon el comportamiento de pacientes adherentes y no adherentes a la medicación antihipertensiva, encontrando que el cumplimiento de las indicaciones no farmacológicas se daba en el 66,2% de los adherentes y en el 48,1% de los no adherentes; el 5,6% de los primeros consideran que los tratamientos sólo se deben realizar si las cifras de presión están elevadas versus el 18,5% del segundo grupo. Esto es semejante a lo reportado por Bezerra et al.<sup>21</sup> donde algunos pacientes consideran que los medicamentos solo se deben tomar cuando se eleva la PA. Como lo refiere un paciente:

*“Si la presión es normal, ¿por qué debo tomar la medicación? es mucha medicina para tomar”*

Oliveira y colaboradores<sup>19</sup> observaron que los pacientes mayores de 60 años no adherentes dejan de tomar sus medicamentos cuando están asintomáticos, al creer que la ausencia de síntomas significaba ausencia de enfermedad; o dejan de tomarlos para poder ingerir bebidas alcohólicas. Esto demuestra que a pesar de conocer la importancia del tratamiento y las medidas no farmacológicas para el control de la enfermedad, no actúan en consecuencia. En contraste con los pacientes adherentes quienes no suspenden sus medicamentos:

*“Nunca debemos dejar de tomar el medicamento. Y consultar siempre con el médico, ¿no? para ver si hay que cambiar ese medicamento o si hay que dejar el mismo [...]”*

Con respecto a la adopción de una alimentación saludable, en el estudio de Perez et al.<sup>23</sup> se encontró que la mayoría de pacientes tienen alto consumo de carbohidratos y legumbres, con poco consumo de

carnes y frutas. Indicando que los alimentos “buenos” son los vegetales (59,7%), carnes (45,2%), legumbres (43,5%) y granos (38,7%); y los alimentos “malos”, las carnes (29%) y el arroz (19,4%). Adicionalmente, los pacientes y sus familias reconocen la importancia de tener una buena alimentación para mantener una buena salud en general y para la prevención de enfermedades, la mayoría de los familiares sanos adaptan su dieta para todos seguir las recomendaciones recibidas por los profesionales de la salud. Al-Rousan et al.<sup>22</sup> describen que los pacientes refieren que la hipertensión es manejable y tratable con una dieta adecuada, ejercicio y medicación; similar a lo reportado por Mejía et al.<sup>24</sup> quienes encontraron que los pacientes están sensibilizados con la importancia de llevar una buena alimentación, sin embargo los hábitos de vida inadecuados persisten, con una alimentación pobre en contenido de frutas y verduras, y bajos niveles de actividad física. Casas et al.<sup>29</sup> describen que el 66,2% de los pacientes adherentes cumplen las indicaciones relacionadas con la dieta versus el 51,9% de los no adherentes.

Varios estudios lograron reconocer algunas barreras y facilitadores para la adherencia a los medicamentos y a la adopción de hábitos de vida saludables. Respecto a la alimentación, Mejía et al.<sup>24</sup> encontraron que aquellos hogares donde hay antecedente de ECNT se mantiene la tendencia a una alimentación balanceada; además, los pacientes afiliados al régimen subsidiado y contributivo consumen constantemente alimentación inadecuada con poco contenido de frutas y verduras, en contraste a los afiliados al régimen especial (mayores ingresos socioeconómicos) para quienes comer sano y balanceado es una preocupación constante. Por otro lado, varios estudios mencionan que los pacientes reconocen la importancia de una dieta balanceada, pero creen que los alimentos saludables son más caros y los ancianos con condiciones socioeconómicas más desfavorables tienen mayores dificultades para tener una alimentación de calidad<sup>19,21,27</sup>.

Al-Rousan et al.<sup>22</sup> y Perez et al.<sup>23</sup> describen que las restricciones en la dieta pueden ser estresantes para los pacientes y que su alimentación se basa en los alimentos que cultivan y tienen disponibles. Por otro lado, Mejía y Gomez<sup>24</sup> detectaron que la mayoría de los informantes están sensibilizados frente a la importancia de apropiar una alimentación saludable para mantener un buen estado de salud, sin embargo las actividades cotidianas sobre todo laborales impiden la adopción de la misma.

Respecto a las barreras y facilitadores para realizar

actividad física, Busse et al.<sup>26</sup> identificaron las creencias de pacientes hipertensos peruanos de bajos recursos sobre caminar tres veces a la semana durante treinta minutos sin parar, encontrando la creencia de que puede ser dañino para la salud (sensación de fatiga, dolor de miembros inferiores), pereza, falta de tiempo, no compañía y tener que lidiar con malas condiciones temporales, urbanas y/o de tráfico. Oliveira et al.<sup>19</sup> encontraron que tanto para pacientes adherentes como no adherentes a los medicamentos, la realización de ejercicios resulta desagradable; o que los espacios como parques o canchas son ocupados en muchas ocasiones para el desarrollo de prácticas ilícitas como lo menciona Mejía et al.<sup>24</sup>. Por otro lado, Busse et al. identificaron facilitadores como tener un parque cerca, ir de compras, motivación propia y tener alguien con quien realizar la actividad física<sup>26</sup>.

Con respecto a la adherencia a medidas farmacológicas Oliveira et al.<sup>19</sup> describen que los pacientes relatan dificultades en cuanto a la cantidad de medicamentos y el olvido de usar los mismos debido a la complejidad de algunos regímenes terapéuticos, lo cual se correlaciona con lo descrito por Al-Rousan et al.<sup>22</sup> quienes encontraron que los pacientes indican que la gran cantidad de píldoras son la principal causa de la falta de adherencia asociado al desabastecimiento de medicamentos que puede presentarse y la frustración por los precios de los medicamentos, especialmente cuando no están cubiertos con el seguro nacional de salud.

Fort et al.<sup>28</sup> realizaron un estudio en pacientes hipertensos y diabéticos donde buscaron identificar factores que facilitan e inhiben el automanejo de las enfermedades. Dentro de las barreras se encontró la no aceptación del diagnóstico, falta de información acerca de la enfermedad, la ausencia de síntomas y una comunicación insuficiente con el prestador de salud; además, refieren que los encuentros con el personal de salud se vuelven rutinarios y sin información nueva relevante. Como facilitadores del autocontrol de la enfermedad se encuentra la experiencia positiva de un miembro de la familia, el sentido de urgencia, los servicios de atención médica accesibles, la orientación de los proveedores, la comunicación inclusiva y el apoyo familiar y comunitario. Mejía et al.<sup>24</sup> encontraron que los participantes del régimen de seguridad social subsidiado manifiestan que sus familias asisten con poca frecuencia a los servicios de salud debido a la poca infraestructura de centros de salud u hospitales y a las dificultades con la movilidad: amplias distancias entre sus viviendas y los

centros asistenciales; contrastando con los pacientes del régimen especial quienes han tenido una relación cercana con sus médicos particulares.

Barbosa et al.<sup>31</sup> analizaron la influencia de intervenciones educativas en las unidades de atención primaria durante un año en pacientes con HTA, consistentes principalmente en educación nutricional trabajada en prácticas dialógicas realizadas por los investigadores con la participación de profesionales de la salud. Antes de la intervención los pacientes relacionaban la HTA con signos y síntomas inespecíficos físicos y psíquicos; después de esta lograron ampliar esta relación y correlacionar con aspectos cardiovasculares y dietéticos, así como lograron reconocer la HTA como una enfermedad prevenible. Tanto antes como después de la intervención reconocieron la importancia de mantener hábitos de vida saludables para prevenir y controlar la HTA, con un aumento estadísticamente significativo de pacientes tras la intervención que reconocieron el hecho de mantener un equilibrio emocional como una variable fundamental. Tras la intervención también se evidenciaron cambios en el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura, niveles séricos de glucosa, colesterol total y triglicéridos. Al-Rousan et al.<sup>22</sup> propusieron una intervención basada en mediciones ambulatorias de PA y autogestión que incluía la autotitulación de medicamentos. Con esto los pacientes estuvieron de acuerdo en que dicha intervención permitiría a la personas asumir una mayor responsabilidad por la progresión de su enfermedad, específicamente 'motivando' a los pacientes a participar en la atención de manera más consistente y aumentar el control de su PA.

## DISCUSIÓN

El término percepción hace referencia a la sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales<sup>32</sup>, es decir, es la manera en cómo algo es entendido o interpretado. En medicina, la percepción de salud es la valoración personal sobre su estado de salud, siendo este uno de los mejores predictores del uso de los servicios médicos, así como de mortalidad, incluso después de controlar factores clínicos<sup>12</sup>. Esto tiene gran importancia dado que la percepción del paciente frente a su enfermedad y tratamiento, condiciona sus resultados y posibles complicaciones.

Esta es la primera revisión integrativa que evalúa la percepción de la enfermedad, adopción de hábitos y estilos de vida saludables en pacientes hipertensos de

Latinoamérica. El manejo y control de la HTA integra diversas estrategias, siendo el manejo farmacológico la más conocida por los pacientes con evidencia clara sobre su efectividad<sup>33</sup>; adicionalmente, existe el manejo no farmacológico caracterizado por el cambio en los hábitos de los pacientes donde destacan la restricción moderada de ingesta de sodio, dieta saludable, realizar ejercicio físico y evitar el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo<sup>34</sup>. Existe un último pilar no menos importante, pero sí menos reconocido y aplicado en la atención primaria en salud: el conocimiento y la percepción adecuada del paciente sobre su enfermedad, ya que algunos estudios han demostrado que los pacientes con menor conocimiento de su enfermedad tienen menor adherencia a los tratamientos<sup>35</sup> siendo esta una estrategia de fácil intervención y de bajo costo que puede ser aplicada para obtener mejores resultados.

El desconocimiento es el término que prima en el contexto actual de los pacientes hipertensos con respecto a su enfermedad, indicando que carecen de conceptos básicos, e información clara sobre su enfermedad; en consecuencia, esto deriva en pacientes que no siguen su tratamiento de forma adecuada, impidiendo controlar sus cifras de TA y sufriendo sus graves complicaciones<sup>35</sup>.

El bajo nivel de conocimiento se ha reconocido dentro del grupo de pacientes hipertensos como una variable independiente para el control de su enfermedad, Almas et al.<sup>36</sup> demostró que los pacientes con HTA controlada mostraron un mayor conocimiento de su enfermedad, (38,7% vs. 7,9%;  $P < 0,001$ ), con puntajes significativamente mayores en 12 de 15 preguntas realizadas. Esto fue confirmado en otro estudio en la población china donde se encontró que tener buen conocimiento de HTA (OR=1.19) se asocia a un mejor control de la enfermedad<sup>37</sup>.

El principal problema radica en que esta enfermedad se caracteriza por ser silenciosa, pues no produce síntomas mientras va causando daños irreversibles a múltiples órganos. Esta revisión evidencia la baja adherencia a los medicamentos y por ende poco control, debido a la creencia de que deben tomarse los medicamentos únicamente cuando presentan síntomas.

Esta revisión encontró que la mayoría de estudios describen una asociación de los pacientes entre la HTA con situaciones que generan estrés y tensión emocional. A pesar de no ser el factor de riesgo de mayor peso, Rääkkönen et al.<sup>38</sup> demostraron cómo en un grupo de mujeres, los niveles altos de ansiedad,

aumento de la rabia y bajo nivel de apoyo social, fueron predictores significativos de la incidencia de HTA; adicionalmente, el aumento de síntomas depresivos se asoció a elevación de los niveles de la presión arterial sistólica, especialmente en pacientes hipertensas. Sumado a esto, en una cohorte de pacientes afroamericanos se encontró que la hipertensión se desarrolló en el 30,6% de pacientes con estrés percibido bajo, el 34,6% con estrés percibido moderado y el 38,2% con estrés percibido alto<sup>39</sup>.

Algunos investigadores han estudiado las vías fisiopatológicas, por las cuales el estrés puede causar hipertensión, encontrándose que implica una respuesta del sistema nervioso simpático donde la liberación de catecolaminas aumenta la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco y la presión arterial; además, al combinar otros factores de riesgo asociados a la hipertensión con factores adicionales que producen estrés, el efecto sobre la presión arterial se multiplica<sup>40,41</sup>.

Frente a los hábitos saludables destaca que un gran número de pacientes distinguen la necesidad de una buena alimentación<sup>22-24</sup> y un bajo consumo de sal<sup>30</sup>. Sin embargo, son pocos los pacientes que reconocen la necesidad de realizar ejercicio, evitar el alcohol y el cigarrillo, y tener una buena adherencia a los tratamientos. A lo largo del tiempo, varios estudios han encontrado baja adherencia frente a los componentes de las modificaciones del estilo de vida entre los pacientes hipertensos (20,8% en Nepal, 23,6% en Etiopía, y 16,4% en Nigeria)<sup>40-42</sup>. Esto demuestra la necesidad de un asesoramiento de buena calidad y con lenguaje claro para el paciente y su acompañante, sobre la modificación del comportamiento necesario para tener un estilo de vida más saludable.

Adicionalmente, se evidenció que gran parte de los participantes adoptan medidas naturistas para el control de su enfermedad<sup>19,21,27</sup>. Un factor importante asociado a la percepción en los pacientes son sus creencias culturales, las cuales no se basan en evidencia científica y que puede ser deletéreo para su salud y generar efectos indeseados. Tal como lo enuncian Thangsuk et al.<sup>42</sup>, al encontrar en su estudio que el uso de hierbas se asoció con una mala adherencia a la medicación, que a su vez se asoció con un control deficiente de la presión arterial.

Las actividades educativas en pacientes hipertensos tienen efectos positivos en el control y conocimiento de la enfermedad; Diaz et al. en el 2018<sup>43</sup> tomaron un grupo de pacientes hipertensos, implementando una intervención educativa destinada a mejorar el control y el manejo de la HTA, encontraron que el

grupo intervenido mostró mejoras en cuanto al control de su enfermedad, la adherencia al tratamiento y los conocimientos adecuados sobre su enfermedad. En el estudio HOPE-4, las intervenciones mixtas también mostraron efectos positivos en el conocimiento, tratamiento y control de la enfermedad, apuntando a la educación y superación de barreras de la enfermedad<sup>44</sup>. Chen et al.<sup>45</sup>, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con el fin de realizar una evaluación comprensiva de la efectividad de las intervenciones educativas para mejorar el control de la HTA en adultos mayores. Incluyeron un total de siete estudios que evaluaban diferentes estrategias educativas en tipo, frecuencia y contenido en torno a la HTA y hábitos de vida saludables; pese a la heterogeneidad de los datos encontrados, las estrategias educativas mostraron un impacto positivo en el control de la enfermedad (disminución de la presión arterial sistólica y diastólica; 95% IC 7,02-2,59,  $p < 0,05$  y 95% IC 7,98 – 2,79,  $p < 0,05$ ).

El ambiente multidimensional y factorial hace que la manera en que el actuar de las personas en su día a día se dé de manera diferente y compleja, por lo que resulta complicado establecer la mejor manera de intervenir sobre las falencias en la percepción de la enfermedad y los hábitos saludables que lleva cada uno de los pacientes<sup>46</sup>. En este caso el concepto de salud-enfermedad no puede desligarse del marco cultural en el que se encuentra el paciente, ya que cada sociedad resuelve su autocuidado de manera dinámica, no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina<sup>47</sup>. Es por esto que muchas de las acciones preventivas que se ponen en práctica en el sistema de salud resultan ineficaces, pues no tienen en cuenta variables grupales (socioeconómicas, políticas y culturales), aproximándose más a la medicina hospitalaria que a la salud colectiva, y a la investigación médica basada en la medición genética o molecular<sup>46</sup>.

Por esto es importante hablar de la postura latinoamericana de la determinación social, para entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas y determinan las desigualdades de la salud-enfermedad<sup>48</sup>. En este contexto, se tienen en cuenta tres dominios de la realidad relacionados con la curación y prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En el dominio singular se abordan los estilos de vida reflejados en el fenotipo y genotipo de las personas y aquí priman las acciones de curación; en el dominio particular se estudian las condiciones de vida de las personas; y en el domi-

nio global se analiza el modo de vida incluyendo las dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales, y es aquí donde priman las actividades de promoción de la salud<sup>49</sup>.

En un estudio argentino que investigó el concepto de salud-enfermedad en hogares en situación de pobreza y desplazamiento de su lugar de origen, se encontró que la resolución de problemas cotidianos (principalmente el trabajo) y la alimentación, ubican a la salud como un bien no prioritario, y que la búsqueda de atención en salud se hace cuando ya no están en condiciones físicas de trabajar, estableciéndose una relación estrecha entre salud y capacidad de funcionamiento. Además son las mujeres las responsables del cuidado de la salud, aunque esto depende de los recursos con que cuentan dada la precariedad de sus condiciones materiales<sup>50</sup>.

Por otro lado, en América Latina y el Caribe más de 60% de la población habita en centros urbanos, evidenciando el acelerado crecimiento de la población urbana, que ha sido más rápido que el desarrollo de la infraestructura social y física, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. Esto ha contribuido a la insuficiencia de los sistemas de transporte, al aumento de los embotellamientos de tránsito y de la contaminación ambiental, a un descenso de los niveles de actividad y a cambios del panorama físico y social en las zonas urbanas<sup>51</sup>. Estos datos se deben tener en cuenta al momento evaluar los factores que inciden la percepción de los hábitos saludables pues las enfermedades crónicas seguirán cobrando cada vez más importancia y se tornará más necesario aun adoptar medidas preventivas de mayor alcance que incidan a nivel individual, comunitario y ambiental.

El control de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial depende de la interacción de diversos factores como la historia natural de la enfermedad, el tratamiento farmacológico y no farmacológico recomendado, la adherencia del paciente a éstos y el sistema de salud. En este estudio se encontró que la desinformación en torno a la HTA, hábitos y estilos de vida saludable es un factor transversal en los pacientes hipertensos de Latinoamérica que imposibilita el adecuado control de la enfermedad. Por esto es importante mejorar los enfoques educativos para los pacientes desde la atención primaria, siendo la puerta inicial para formar bases adecuadas y basadas en evidencia en torno al conocimiento de su enfermedad, factores de riesgo, manejo, y consecuentemente el control de la misma.

Pero también es importante entender la dinámica

de cada población, sus creencias, conocimientos y comportamientos con respecto a la gestión de la salud y su relación con sus hábitos de vida y con el conjunto de los servicios sanitarios. Además hay que incidir en los otros componentes del sistema de salud y las leyes que lo rigen para lograr disminuir las barreras asociadas a la atención en salud como los largos y complicados trámites que se generan para la solicitud de las citas y la adquisición de los medicamentos, la regulación de los precios de los medicamentos para aquellos que los deben adquirir por fuera de sistema de salud, el apoyo para la investigación científica de nuevas estrategias que permitan ofrecer una mayor cantidad de medicamentos en una sola pastilla y mejorar el acompañamiento de los pacientes, principalmente adultos mayores, en el proceso de su enfermedad.

La principal limitación del estudio radica en el vacío de información existente en torno al presente tema de investigación, siendo aún mayor en la región de Latinoamérica.

### Financiamiento

Convocatoria 874 2020, Minciencias, Colombia.

### Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado a esta investigación.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [Internet]. 2019 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> . 2019.
2. Ángel M, Valdés S, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*. 2018;8(2):140–9.
3. Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Pharmacol Res*. 2017;125:142–9. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.08.015>
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104.
5. Legido-Quigley H, Camacho López PA, Balabanova D, Perel P, López-Jaramillo P, Nieuwlaat R, Schwalm JD, McCready T, Yusuf, S, McKee M. Conocimientos, actitudes, conductas y experiencias asistenciales de los pacientes sobre la prevención, detección, manejo y control de la hipertensión arterial en Colombia: un estudio cualitativo. *PloS One* 10 (4), e0122112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122112>
6. Ashoorkhani, M., Majdzadeh, R., Gholami, J., Eftekhari, H. y Bozorgi, A. (2018). Comprender la no adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial: un estudio cualitativo. *Revista internacional de enfermería y obstetricia basadas en la comunidad*. 2018;6(4):314–323.
7. Baker K, Jaksic S, Rowley D. The self-regulation model of illness representation applied to stuttering. *J psychosom Res*. 1995;60:631–7.
8. Diefenbach, M.A., Leventhal, H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *J Soc Distress Homeless*. 1996;5:11–38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456> .
9. Barraza LF, Limas CAS. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Rev Facultad Med*. 2014;62(3):399–405. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International J Social Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Internal Med*. 2018;169(7):467–73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
12. Wilson IB. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA*. 1995;273(1):59. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
13. Hipertensión [Internet]. Who.int. 2022 [consultado el 23 May 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1)
14. Gardner B. A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychol Rev*. 2014;9(3):277–295.
15. Changes You Can Make to Manage High Blood Pressure [Internet]. www.heart.org. 2022 [consultado el 23 May 2022]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure>

16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
17. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *medRxiv*. 2021.07.14.21260492. <https://doi.org/10.1101/2021.07.14.21260492>
18. RealtimeBoard Inc. Miro [Internet]. 2022 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://miro.com/app/dashboard/>
19. Leão E Silva L, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis*. 2013;23(1):227–42. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100013>
20. Carvalho Machado M, Geovana Da C, Pires S, Lobão WM. Perceptions of hypertensive people on risk factors for the disease. *Cien e Saude Coletiva*. 2012;17(5):1365–674. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000500030>
21. Bezerra STF, da Silva LDF, Guedes CMV, Freitas MC de. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de imogene king. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):499–507. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300013>
22. Al-Rousan T, Pesantes MA, Dadabhai S, Kalunda NR, Huffman MD, Miranda JJ, et al. Patients perceptions of self-management of high blood pressure in three low- and middle-income countries: findings from the BPMONITOR study. *Global Health Epidemiology and Genomics*. 2020;5(e4):1–8. <https://doi.org/10.1017/ghg.2020.5>
23. Perez S, Pesantes M, Aya N, Raman S, Miranda J, Suggs L. Food Perceptions and Dietary Changes for Chronic Condition Management in Rural Peru: Insights for Health Promotion. *Nutrients*. 2018;10(11):1563. <https://doi.org/10.3390/nu10111563>
24. Mejía J, Gómez SA. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Rev Salud Pública*. 2017;19(3):291–6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.35581>
25. Péres DS, Mara J, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):635–42. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000500014>
26. Busse P, Miranda JJ. Perceived behavioral control as a potential precursor of walking three times a week: Patient’s perspectives. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0192915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192915>
27. Chang C, Green S. “Agua con azúcar y un chin de sal”: Implications of Self-Care Practices and Health Perceptions of Hypertension in the Dominican Republic. *Field Actions Sci. Rep*. 2015;1–6.
28. Fort MP, Alvarado N, Peña L, Mendoza C, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):131. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-131>
29. Casas MC, Chavarro LM, Cardona D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la salud*. 2013;18(1).
30. Failoc VE, Valladares MJ, Vilela MA, Bacilio D, Vilchez J, Inga N, et al. Association between perception of salt consumption and blood hypertension in peruvian people. *Nutr. Clin. y Diet. Hosp*. 2019;39(2):104–10. <https://doi.org/10.12873/392failoc>
31. Einloft AB do N, Silva LS da, Machado JC, Cotta RMM. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. *Rev Nutr*. 2016;29(4):529–41. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400008>
32. Real Academia Española. Percepción [Internet]. 2022 [consultado en may 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n>
33. Castrillón JD, Franco A, Garrido C, Jaramillo J, Londoño MA, Machado JE. Utilización de fármacos antihipertensivos, efectividad e inercia clínica en pacientes. *Rev Colombiana de Cardiología*. 2018;25(4):249–56. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.027>
34. Ramón J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2018 Jan;29(1):61–8. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.001>
35. Barreto M da S, Reiners AAO, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):491–8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>

36. Almas A, Siraj Godil S, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes*. 2012;5:579. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-579>
37. Zhang X, Zhu M, Dib HH, Hu J, Tang S, Zhong T, et al. Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. *Int J Cardiol*. 2009;137(1):9–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2008.06.003>
38. Rääkkönen K, Matthews KA, Kuller LH. Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*. 2001;38(4):798–802.
39. Spruill TM, Butler MJ, Thomas SJ, Tajeu GS, Kalinowski J, Castañeda SF, et al. Association Between High Perceived Stress Over Time and Incident Hypertension in Black Adults: Findings From the Jackson Heart Study. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(21). <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012139>
40. Kulkarni S, O'Farrell I, Erasi M, Kochar MS. Stress and hypertension. *WMJ*. 1998 Dec;97(11):34–8.
41. Spruill TM. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2010;12(1):10–6. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>
42. Thangsuk P, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Buawangpong N, Angkurawaranon C. Is the Association between Herbal Use and Blood-Pressure Control Mediated by Medication Adherence? A Cross-Sectional Study in Primary Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):12916. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412916>
43. Díaz Piñera A, Salvá AR, Roche RG, García IC, Estupiñán FA. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. *Rev Finlay*. 2018;8(3):22–32.
44. Schwalm JD, McCready T, Lopez-Jaramillo P, Yusoff K, Attaran A, Lamelas P, et al. A community-based comprehensive intervention to reduce cardiovascular risk in hypertension (HOPE 4): a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2019;394(10205):1231–42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31949-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31949-X)
45. Chen Y, Li X, Jing G, Pan B, Ge L, Bing Z, et al. Health education interventions for older adults with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nurs*. 2020;37(3):461–9. <https://doi.org/10.1111/phn.12698>
46. Martínez O. La epidemiología en busca de contexto social. *Acta Med Colomb* 2012; 37(2): 93-6
47. Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Masson; 2000.
48. Eslava-Castañeda, Juan C. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev Salud Pública*. 2017; 19(3):396-403. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
49. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
50. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*. 2007;3(3):271-283.
51. Jacoby E, Bull F, Neiman A. La actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2003;14(4).

## APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LA APS DE RÍO NEGRO, CHILE. UN PROBLEMA EMERGENTE DE SALUD PÚBLICA

FAMILY SUPPORT FOR PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR DISEASES  
IN THE PHC OF RÍO NEGRO, CHILE. AN EMERGING PUBLIC HEALTH  
PROBLEM

### RESUMEN

**Introducción:** En el artículo se describe el apoyo familiar de pacientes bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular en establecimientos de atención primaria de salud de la comuna de Río Negro.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte cualitativo, exploratorio-descriptivo. Mixto en cuanto a las técnicas de recolección de información. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia y un análisis basado en el Teoría Fundamentada.

**Resultados:** En la población en estudio, los pacientes en tratamiento por enfermedades cardiovasculares son personas de baja escolaridad, que pertenecen a hogares de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad social y que no necesariamente cuentan con apoyo familiar, pero logran adecuados niveles de compensación cardiovascular. La categoría central que emerge del estudio refiere que este tipo de patologías de larga duración traen consigo alteraciones en la evolución del ciclo vital, la estructura y funcionalidad familiar, generando repercusiones en la salud física y psicosocial del o la cuidadora principal.

**Discusión:** Se concluye que el apoyo familiar está relacionado con las creencias, el conocimiento y la respuesta emocional de los familiares frente a las condiciones crónicas cardiovasculares. Por consiguiente, tanto las características sociodemográficas como la funcionalidad familiar son ámbitos relevantes que deben ser incorporados en la atención, el cuidado colaborativo y automanejo de síntomas, tratamiento y cambios en el estilo de vida de los pacientes en control por enfermedades cardiovasculares.

**Palabras claves:** Apoyo Familiar – Enfermedades Cardiovascular – Atención Primaria de Salud (APS) – Salud Pública

### ABSTRACT

**Introduction:** This study describes family support for patients enrolled in the Cardiovascular Health Program at primary healthcare facilities in Río Negro district.

**Materials and methods:** Qualitative, exploratory-descriptive study. It is mixed in terms of data collection techniques with a non-probabilistic sampling by convenience and analysis based on Grounded Theory.

**Results:** Patients who are being treated for cardiovascular diseases are often people with low levels of education, who belong to households with lower incomes and are more socially vulnerable. They don't necessarily have family support, but manage to achieve adequate levels of cardiovascular compensation. The study shows that this type of long-term illness affects the progression of the life cycle, family structure and functionality, which in turn generates significant impact on the physical and psychosocial health of the primary caregiver.

**Discussion:** After conducting our research, we found that family support plays a crucial role in the beliefs, knowledge, and emotional well-being of family members dealing with chronic cardiovascular conditions. Consequently, both sociodemographic characteristics and family functionality are relevant areas that must be incorporated into care, collaborative care and self-management of symptoms, treatment and changes in the lifestyle of patients under control for cardiovascular diseases.

**Key words:** Family Support - Cardiovascular Diseases - Primary Health Care (PHC) - Public Health

**Sergio Hernán Bermedo Muñoz**

<https://orcid.org/0000-0002-9278-920X>

**Nataly Raquel Oyarzún Vargas**

<https://orcid.org/0000-0002-8810-5768>

**Cristina Isabel Cid Saldivia**

<https://orcid.org/0000-0003-1332-7064>

Departamento de Salud.  
Comuna de Río Negro, Chile.

**Antonio Alejandro Vargas Peña**

<https://orcid.org/0000-0002-1640-8292>

Universidad de Los Lagos.  
Sede Osorno, Chile.

Autor de correspondencia:

**Sergio Hernán Bermedo Muñoz**

Departamento de Salud  
de Río Negro  
[serbemun@gmail.com](mailto:serbemun@gmail.com)

Recibido el 16-04-2023

Aprobado el 17-10-2023

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y su impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, constituye en un complejo problema de salud pública en Chile y en el mundo.

Según la OMS, “se estima que en 2016 murieron 41 millones de personas en el mundo a causa de Enfermedades no transmisibles (ENT), lo que equivale al 71% de todas las defunciones. La mayoría de esas muertes se debieron a cuatro eventos cardiovasculares (17,9 millones de muertes), cáncer (9,0 millones), enfermedades respiratorias crónicas (3,8 millones) y diabetes (1,6 millones)”<sup>1</sup>. El año 2019 el 16% de las muertes del mundo fue por enfermedades isquémicas del corazón, mientras que el accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron la segunda y tercera causa de muerte, con un 11% y 6% del total de muertes, respectivamente<sup>2</sup>. Dentro de las muertes por enfermedades cardiovasculares cerca de 7,5 millones están asociadas a la morbimortalidad de la cardiopatía isquémica<sup>3,4</sup>.

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) a nivel mundial ha tenido un incremento importante en las últimas décadas, debido al cambio del perfil demográfico y el aumento en la exposición a los factores de riesgo del estilo de vida, incluidas las dietas poco saludables<sup>5</sup>. Aumento similar y persistente ocurre con la diabetes mellitus tipo II (DM), especialmente en países en desarrollo, considerada una epidemia mundial<sup>6</sup>. Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), el año 2045 la cifra de personas diabéticas podría alcanzar los 783 millones de personas (12,2%), con un aumento considerable en países con ingresos medios, donde la población crecerá y envejecerá considerablemente<sup>7</sup>.

Las enfermedades cardiovasculares reportan en Chile un importante riesgo para la salud y calidad de vida de la población, con tasas de prevalencia superiores al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) configurándose en un desafío para el sistema de salud pública<sup>8</sup>, considerando que el 74% de las muertes tiene como causa las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, junto con las de salud mental<sup>9</sup>.

En Chile mueren más personas por causas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. El año 2016, el 69% del total de las muertes ocurridas en Chile, se debieron a “cuatro

grandes grupos de causas de muerte: enfermedades del sistema circulatorio (28.148), tumores malignos (26.027), enfermedades del sistema respiratorio (9.847) y a causas externas de la morbilidad y de mortalidad (7.773)”<sup>10</sup>.

Por su parte, el año 2019 las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la tercera causa específica de muerte en Chile, con el 7,3% de fallecimientos<sup>11</sup>. Condiciones de salud que tienen un fuerte impacto en la esperanza y la calidad de vida de los pacientes, asociado a la aparición de complicaciones como la enfermedad renal crónica, el infarto de miocardio, la retinopatía, el accidente cerebrovascular, entre otras.

En el caso de la comuna de Río Negro, el año 2019 la población comunal bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular era de 2.236 personas de los cuales el 42% registra diagnóstico de DM, el 82% HTA y el 69% dislipidemia. Respecto a la distribución por sexo, el 63% corresponde a mujeres y el 37% a hombres<sup>12</sup>.

### La familia en el contexto del apoyo social en personas con enfermedades cardiovasculares.

La aceptación del diagnóstico y un adecuado manejo de la adherencia al tratamiento de las ECV requiere del apoyo social<sup>13</sup>. Entenderemos apoyo social, como “la ayuda o intercambio de asistencia que se da a través de las transacciones interpersonales”, incluida la familia y el apoyo externo, como amigos, la comunidad y otros actores, y que considera las dimensiones instrumental, informativa, valorativa y emocional<sup>14</sup>.

De acuerdo a lo planteado por Lagos et al<sup>15</sup>, la respuesta de la familia ante la presencia de las enfermedades cardiovasculares depende de la interacción de diversos factores, entre ellos, el tipo y funcionalidad familiar, el nivel de escolaridad de sus miembros, las ideas y creencias que tengan sobre el proceso salud/enfermedad y los tratamientos, etc. Además del vínculo que se establece con equipo de salud y las limitaciones propias del sistema de salud. Por lo tanto, la familia se constituye en la primera red de apoyo social en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Para indagar acerca del apoyo de la familia en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, se realizó el estudio exploratorio-descriptivo con familiares de pacientes diabéticos, hipertensos y dislipidémicos, bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en establecimientos dependientes del Departamento de Salud de Río Negro.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio de enfoque metodológico de método mixto en dos fases<sup>16</sup>.

### Primera fase

En una primera fase se construyó un instrumento de corte cuantitativo para recopilar información cuantitativa del contexto familiar, socioeconómico, demográfico y parámetros clínicos de los pacientes. Para validar y asegurar la confiabilidad el instrumento se ejecutó una prueba piloto.

En esta etapa de la investigación el universo estuvo constituido por 1.160 personas entre 18 y 74 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, siendo la muestra un total de 266 pacientes, quienes fueron contactados e invitados a participar del estudio durante el control de salud cardiovascular. Los pacientes que aceptaron participar del estudio fueron derivados al investigador para la aplicación de la encuesta, previa lectura y firma del Formulario de Consentimiento Informado (FCI) del Usuario. Los instrumentos fueron aplicados por tres de los autores de la investigación entrenados en la aplicación de cuestionarios en el ámbito de la salud.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron ser personas bajo control con ingreso al PSCV a diciembre del 2019, con exámenes clínicos vigentes y autovalentes, lo que permitió salvaguardar una mayor probabilidad de administración del instrumento, el que se aplicó entre el 16/05/2021 y el 29/10/2021. Para la construcción del instrumento se incorporaron preguntas ad hoc que permitieron medir las variables sociodemográficas, de apoyo familiar (¿cuentas con personas que le colaboran en el tratamiento (farmacológico, régimen alimentario o ambos) de sus enfermedades cardiovasculares (DM, HTA, DLP)?; ¿La persona que le colabora en el tratamiento, qué relación de parentesco tiene con ud.? y de antecedentes de salud (presión arterial, hemoglobina glicosilada, LDL y colesterol total).

### Segunda fase:

En la segunda fase se realizaron dos grupos focales, el 12 de junio y 28 de julio del 2022, con una duración de dos horas cada uno. Contaron con la participación de 12 personas cuidadoras de pacientes que respondieron la encuesta y que autorizaron en el FCI individual la participación del familiar en el Grupo Focal. Luego de la lectura y firma individual del FCI del Grupo Focal, uno de los investigadores hizo de

moderador para guiar el diálogo, siguiendo los ejes temáticos de interés del estudio y el segundo tomó las notas de campo y realizó la grabación. La pauta para la realización del grupo focal fue construida a partir de la revisión bibliográfica y los resultados de la primera fase del estudio.

Para el análisis de los datos cualitativos se realizó un análisis temático de contenido<sup>17</sup>. En el caso de los datos cuantitativos se realizó un análisis descriptivo de las variables consideradas en el estudio.

### Consideraciones Éticas

La investigación contó con la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Valdivia del Ministerio de Salud de Chile mediante Ord. N° 275 del 09 de septiembre del 2020.

## RESULTADOS

### 1. Caracterización epidemiológica, demográfica y sociofamiliar de la muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Del total de los pacientes encuestados (266) un 76% son mujeres y un 24% son hombres. Un 51% son personas mayores de 60 años, de los cuales el 71% son mujeres. La mayor concentración de personas está entre los 60 a 74 años, con el 51% del total la muestra.

El 45% tiene educación básica incompleta, siendo el 6to. básico el curso más alto alcanzado con más frecuencia. En el caso de las mujeres de la muestra el 38% tiene una educación básica incompleta, mientras que entre los hombres tal porcentaje alcanza al 18%.

Por otro lado, el 93% de los pacientes de la muestra pertenece a hogares que están en el tramo de clasificación socioeconómica (CSE) del 0 - 70%, es decir, hogares de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad. De acuerdo a los valores de la canasta básica de alimentos y línea de pobreza (LP), a diciembre 2021, el 62,6% de la muestra tiene ingresos individuales por debajo de la LP (\$186.022) y el 31% por debajo de la línea de la pobreza extrema (LPE) (\$124.015)<sup>18</sup>.

Corresponde a una muestra de paciente que integran hogares conformados por una o dos personas, donde uno o ambos son adultos mayores y que se encuentran en el tramo del 0 - 40% de la Registro Social de Hogares, es decir, personas beneficiarias del pilar solidario del Estado.

Respecto de su estado de salud, sobre un 50% de los participantes presenta al menos una de las tres

principales enfermedades crónicas consideradas en el estudio (HTA, DM o DLP). Entre quienes presentan alguna de estas enfermedades, la proporción de

pacientes descompensados oscila entre el 47 y 64%, según criterios clínicos de ingreso al PSCV 19 (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Caracterización del estado de compensación y nutricional de los pacientes.**

Enfermedad Crónica	%	% dentro de enfermedad crónica	
HTA	53%	Compensado	46%
		Descompensado*	54%
DM	64%	Compensado	36%
		Descompensado**	64%
DLP	53%	Compensado	52%
		Descompensado***	47%
Estado nutricional			% de la muestra
Obesidad †			67%
Sobrepeso ††			24%
Normal †††			9%

\* Registro de presión arterial < 140/90 mmHg

\*\* Hemoglobina glicosilada < 7%

\*\*\* LDL < 100 mg/dl y colesterol total < 200 mg/dl

† Adultos menores de 65 años, IMC >30; adultos mayores de 65 años: IMC >32

†† Adultos menores de 65 años, IMC 25-29,9; adultos mayores de 65 años, IMC entre 28 y 31,9

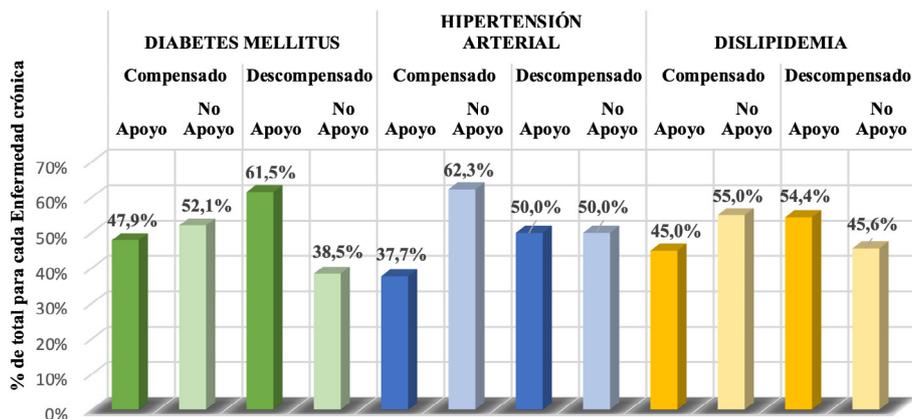
††† Adultos menores de 65 años, IMC 18,5-24,9; adultos mayores de 65 años, IMC entre 23 y 27,9

El 70% de los pacientes en estudio tienen dos o más patologías cardiovasculares y un 56% tiene otras patologías crónicas, principalmente articulares (artrosis) o poli articulares en interacción y correlación con enfermedades de salud mental, como depresión. Conviene subrayar que son personas que se encuentran en el G2 (Nivel de Riesgo Moderado, 2 a 4 Enfermedades Crónicas) y G3 (Nivel de Riesgo Alto, 5 o más Enfermedades Crónicas) de la estratificación de personas con condiciones crónicas. Es decir, con moderado y alto riesgo cardiovascular y mayor complejidad en la atención, según lo establecido en la estrategia de manejo integral de la cronicidad en el contexto

de la multimorbilidad en la atención primaria de salud 20. Al mismo tiempo, el 76% señala no tener o tener un conocimiento parcial sobre las ECV y el 50,7% no cuenta con personas que le colaboren en el tratamiento de su enfermedad.

Al realizar una comparación entre los grupos de pacientes que se encuentran compensados y descompensados con respecto al apoyo familiar recibido, este apoyo está presente en mayor proporción entre aquellas personas descompensadas que en las compensadas, a excepción de HTA, donde la proporción de pacientes con apoyo familiar es idéntica entre compensados y no compensados (ver Figura 1).

Figura 1. Apoyo familiar según estado de compensación de los pacientes.

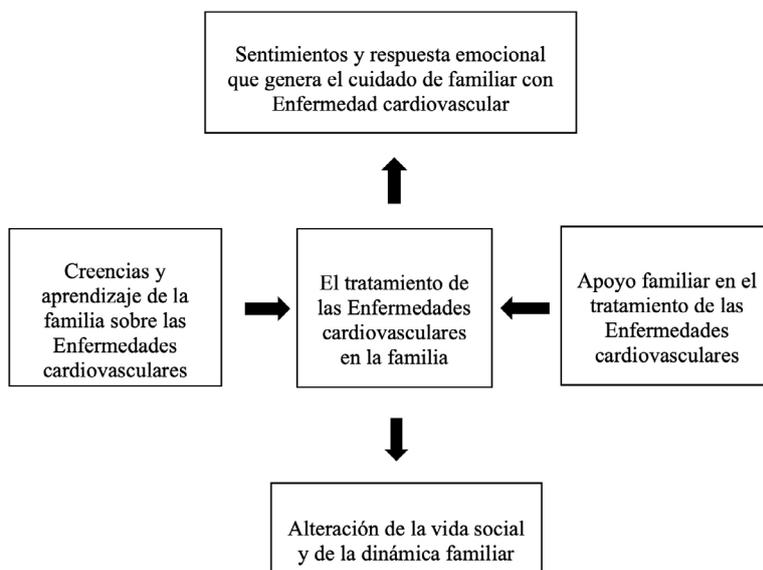


## 2. Las enfermedades cardiovasculares y su impacto en la familia.

Luego de la lectura de las transcripciones de los audios de los grupos focales y la revisión de las notas de campo, se realizó la codificación del texto surgido de las transcripciones. Esto permitió la identificación de conceptos, la construcción y relación de categorías con sus subcategorías, lo que hizo posible establecer y comprender el fenómeno central que surge de las

experiencias de familiares cuidadores de personas con enfermedades cardiovasculares en control en establecimientos dependientes del Departamento de Salud de Río Negro. Posteriormente, se construyeron cuatro categorías que configuran la categoría central que emerge del estudio, denominada: "El tratamiento de las Enfermedades cardiovasculares en la familia". (ver Figura 3).

Figura 3. Matriz de relación de categorías, a partir de la categoría central del estudio.



### Creencias y aprendizaje de la familia sobre las Enfermedades cardiovasculares.

Tanto familiares y cuidadores principales señalan aprender de las ECV, a través de la experiencia cotidiana, en el acompañamiento y el cuidado informal.

*“entonces no es una cosa que uno se maneje en el tema, sino que uno va aprendiendo como le van pasando las cosas” (GF2MM).*

En este contexto, los cuidadores contienden con discursos y creencias negativas respecto al tratamiento terapéutico por parte del paciente crónico, lo que dificultaría la labor del cuidado,

*“igual es porfiado, que hay que hacerle lo que a él le guste no más y harta porción, si uno le da poquito igual se enoja, ¡¡que me van a matar de hambre!!” (GF2HV): “piensan que los van a matar con tanto remedio, no hacen caso, es como desgastante” (GF2BA).*

A partir de la experiencia de tener un familiar con ECV se tiene la idea de que las ECV son patologías que se extienden en el tiempo, que traen consigo un deterioro orgánico progresivo, con un desenlace incierto y con un escaso estado de conciencia de enfermedad y autocuidado de los pacientes. Además de identificar la condición crónica de las ECV se señala que el tratamiento de estas patologías se basa en una rutina de ingesta de fármacos y el cuidado en la alimentación,

*“no se van a sanar nunca, no es una enfermedad que ellos van a superar y que se van a sanar ... tiene que cuidar en la alimentación, que muchos no lo hacen y la diabetes, na que hacer con la diabetes, más que controlarse...llevar sus horarios, porque es cosa de horario también el tratamiento, porque no es que se tomen una pastilla a las diez de la mañana y se tomen otra a las seis de la tarde” (GF1CA).*

De igual manera, los cuidadores señalan realizar la medición y seguimiento de algunos parámetros clínicos e identificar síntomas de descompensación. También mencionan una entrega insuficiente de información por parte de los profesionales de la salud y tener una escasa participación en el plan de tratamiento de este tipo de patologías crónicas.

*“Ahí uno va aprendiendo, también como digo, ellos tampoco te explican tan bien [profesional de la salud], por que como te atienden un ratito no más, te explican así y ya” (GF2MM).*

Sentimientos y respuesta emocional que genera el cuidado de familiar con ECV.

Los participantes del estudio identifican conductas del paciente que generan estrés y cansancio en el cuidador principal, señalando la inestabilidad emocional, las reacciones impulsivas y la escasa conciencia de salud/enfermedad y la persistencia de conductas no saludables por parte del paciente,

*“... soy yo la que todos los días, día a día verle su mal humor..., tampoco es la idea dejarla sola, es tratar de apoyarla, pero cuesta mucho, es demasiado su cambio de humor, se le ha notado y es por la misma diabetes creo yo” (GF1JP); “no hay nadie más, como que todos sus demás hijos hacen su vida y la única sobrecarga que se lleva todo eso soy yo” (GF2BA).*

En respuesta a las conductas del paciente y la sintomatología propia de las enfermedades cardiovasculares, los cuidadores principales comparten diversos sentimientos, entre ellos, preocupación, desesperanza, culpa, cansancio, ansiedad, abandono frente al escaso apoyo de familiares, rabia, desconcierto, sentimientos de ambivalencia frente al compromiso del cuidado y el agotamiento emocional que ello involucra,

*“... todos los días le digo, mamá tienes que tomarte tu azúcar, mucha sal, pucha que llévame al hospital, no tengo tiempo, la verdad es que no tengo, aparte tengo que estar pendiente de mis dos hijas, del colegio y yo le digo pucha que bueno llegó la noche y la noche es mía le digo, lo único que le digo a mi hija, ya po la noche es mía porque el día se lo di a mi mamá y el tiempo a ella, entonces no tengo tiempo pa mí” (GF1JP); “...como dice la Sra. ahí, el problema más grande que uno se lleva, es la preocupación, preocupación de que, de tenerlo ahí, quejándose cierto y uno no puede hacer nada más, si, darle los remedios, nada más, decirle, tomate esto, tómame lo otro, no puedo hacer nada más, eso es la más preocupante” (GF2MH).*

La dependencia del paciente con ECV implican un mayor nivel de estrés y de sobrecarga emocional y física para familiares y cuidadores, pudiendo constituirse en un factor desencadenante de enfermedades crónicas, entre ellas sintomatología depresiva, con impacto directo en la calidad de los cuidados.

### Alteración de la vida social y de la dinámica familiar

El carácter crónico de las ECV y su impacto en ámbitos significativos de la vida personal del paciente (estado emocional y funcional), trae consigo tensión y alteraciones sistémicas en las relaciones familiares e interpersonales y de vínculo con la comunidad. En donde las demandas de cuidados son constantes,

*“porque uno tiene su trabajo, tiene que llegar en la tarde, igual a mí me pasa que llego de mi trabajo, en la mañana me voy, le dejo su insulina, en la tarde llevo su insulina, mamá te tomaste tu remedio, ella también de repente se descuadra en los remedios o de repente no los toma, pero igual ahí uno tiene que estar uno presente en su insulina, que no se coloque mucho, siempre dejarle la dosis” (GF1JP).*

La experiencia de vivir con integrante de la familia con ECV es un proceso complejo de adaptación y de reestructuración. En algunos casos, se alcanzan acuerdos para redefinir roles, estrategias y distribución de los tiempos, logrando conformar una red de vigilancia, prevención, y de manejo de las complicaciones de las ECV,

*“cuando a mi mamá le dio esta subida de azúcar, yo la única manera de poder ayudarla, tuve que llevarla a Osorno, a vivir conmigo, entonces, ese proceso fue, el proceso de adaptación, no sé cómo se podría llamar” (GF2MM).*

Los participantes concuerdan que el cuidado no es una tarea aislada y que las tensiones a menudo surgen, cuando los familiares entran en controversia y no logran acuerdo respecto a una distribución justa de la responsabilidad del cuidado para evitar sobrecarga, frustración y sentimientos de culpa.

### Apoyo familiar en el tratamiento de las ECV

Las enfermedades cardiovasculares generan en el paciente requerimientos de apoyo familiar, que provean compañía y colaboración en el proceso de aceptación y evolución de la enfermedad, que promuevan cambios de conducta en sus integrantes y que fomenten la adherencia terapéutica<sup>21,22</sup>.

Del relato de los participantes, se infiere que los familiares de personas con ECV realizan el apoyo social como una práctica de cuidado cotidiano, a través del recuerdo de fechas y horas de controles de salud, la preparación de alimentos, el retiro de medicamentos, la implementación de estrategia para organizar, guardar y transportar los medicamentos, como los pastilleros, entre otras,

*“haciéndole recuerdo de su salud, retirar le los remedios, sacarle hora, estar ahí pendiente de ella, porque ellos se olvidan”, (GF1JP), “si po igual con la alimentación, tener, estar al tanto con su alimentación, tomar sus remedios, que él es un poco olvidadizo” (GF2HV), “ella le compró unos pastilleros y le va poniendo sus pastillitas, pero si no se olvida, siempre hay que estarle haciendo acordar, hay que estar: ¿tomates tu remedio?, ¿tomates tu remedio?” (GF2RA), “yo le compré estos pastilleros y le dejo como todo ordenadito, entonces ella se lo toma y cuando ya le falta, me dice, ¡arréglame mi pastillero!” (GF2MM).*

Otro ámbito del apoyo social identificado por los familiares, es el apoyo emocional que entregan al paciente, a través de expresiones de afecto, compañía, confianza, seguridad y preocupación y que influyen en el autocuidado y la adherencia al tratamiento de las ECV,

*“voy a mi casa, nos turnamos con mi hijo mayor, es mayor de edad, entonces le hace compañía, le conversa y eso es más que nada, que le dé compañía” (GF1LM), “No mi mamá en lo afectivo, en el sentido de la compañía, o sea a cualquier enfermo, a cualquiera de nuestros familiares le hace bien la compañía” (GF1CA).*

Respecto a la responsabilidad de asistencia en los cuidados, esta categoría de análisis muestra que recae en la mujer. Un rol aceptado por un compromiso moral, como algo natural, acentuado por el afecto, valores y creencias de reciprocidad y en ocasiones por la obligación de tener que cumplir la tarea del cuidado,

*“Como dice ella, uno tiene que ponerse una coraza, porque no puedes demostrar tu inferioridad a tus hijos, porque tú eres el que lleva el hogar, ambos hogares, pero nada que hacer, uno tiene que seguir adelante, no puedes dejarte caer, no puedes caer en una depresión, tienes que luchar por seguir” (GF1CA); “...hay días que uno igual se cansa, del trabajo, la casa, el hijo, los estudios de mi hijo, entonces eso igual, que también son tipos de problemas uno tiene” (GF2MM). “Hay que soportar no más, hay que soportar no más, no queda de otra, porque a veces uno igual se siente como aburrída, pero no, no dice nada, para no alarmarlo a él, una cosa, mejor, no dice nada” (GF2HV).*

Los relatos revelan la multiplicidad de roles que debe cumplir la mujer que desarrolla la función de cuidado de personas con ECV, en un contexto de exigencia, sobrecarga y estrés constante y escaso soporte institucional en la gestión del cuidado. También hay mención a que los hombres son menos propensos a involucrarse en las tareas de cuidado en comparación con las mujeres, quienes de por sí, cumplirían de forma correcta y naturalmente la actividad del cuidado, como una ocupación culturalmente femenina e impuesta.

## DISCUSIÓN

La familia, acorde a su estructura, dinámica y etapa del ciclo vital se adapta a los cambios que imponen las demandas de cuidado de las enfermedades cardiovasculares. Para Maquera et al.<sup>23</sup>, la adaptabilidad “se entiende como la capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas situaciones que provocan tensión por condiciones inherentes a su desarrollo” (p. 3). Por consiguiente, la adaptabilidad del sistema familiar es una contribución positiva para asegurar un entorno saludable y afrontar situaciones propias de las enfermedades cardiovasculares en ocasiones extenuantes emocionalmente, tanto para el paciente, como para la familia.

El estudio muestra que la experiencia de acompañamiento y dinámica del cuidado de personas con ECV es un acontecimiento complejo y estresante que trae consigo la pérdida de relaciones sociales, cambios y ajustes en la rutina familiar y, en ocasiones, conflictos entre el paciente y el cuidador principal<sup>24</sup>. Por ende, la confirmación del diagnóstico clínico de una enfermedad cardiovascular, configura y activa mecanismos de respuesta para adecuar la funcionalidad del sistema familiar, donde el trabajo colaborativo entre el paciente y la familia para el automanejo de las enfermedades crónicas pasa a ser parte de las actividades instrumentales de la vida cotidiana de la familia. Diversos estudios han encontrado una relación importante entre la adherencia al tratamiento de las ECV y la funcionalidad familiar<sup>25-27</sup>.

Según Trujano et al.<sup>28</sup>, “La presencia del enfermo crónico afecta a todos los miembros de la familia, pero en particular a quien desempeña el papel de cuidador principal, porque éste ve alterada su calidad de vida, dado que es quien soporta la sobrecarga de trabajo y los niveles intensos de estrés que implican la atención del paciente” (p.79).

Por su parte, Fachado et al.<sup>29</sup> señala que la familia es una importante fuente de apoyo social. En ella

ocurre un proceso interactivo, donde las personas con enfermedades cardiovasculares obtienen apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo y de interacción social positiva. En el caso de nuestro estudio, el apoyo informativo e instrumental otorgado por los cuidadores principales y por el equipo de salud facilita a los pacientes el recibir orientación y ayuda directa para el cumplimiento del tratamiento terapéutico de las ECV. En relación a esto, es interesante observar un mayor porcentaje de personas con apoyo familiar, corresponde a pacientes que están descompensados.

En este punto, nuestros hallazgos contradicen en alguna medida la literatura que muestra una relación directa entre mejores niveles de compensación de ECV y la presencia de apoyo familiar<sup>30-32</sup>. Esto nos permitiría plantear la hipótesis que los niveles de compensación estarían más relacionados con el conocimiento que tienen los pacientes sobre las ECV, que con la participación directa de la familia. Esta última, tendería a aparecer como apoyo justamente en los momentos de descompensación del paciente, determinado por las experiencias previas o la información recibida de otros familiares, miembros de la comunidad o medios de comunicación sobre la evolución de las complicaciones de las ECV en un escenario de un conocimiento inadecuado de las patologías cardiovasculares, influido por el nivel de escolaridad del paciente y familiares.

Por otro lado, el control de las personas con condiciones crónicas cardiovasculares también estaría determinado por el propio sistema de salud, respecto a la falta de monitoreo en el cumplimiento de la construcción, implementación y evaluación de estrategias educativas y de consejería que incorporen la participación de la familia o personas significativas en la observancia del tratamiento y automanejo de las enfermedades cardiovasculares<sup>19, 33, 34</sup>. Precisamente la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), que está en reciente implementación en la atención primaria, en su marco de acción de la multimorbilidad, es explícita al señalar que, en el caso de los pacientes en condiciones crónicas, deben existir planes de cuidados consensuados, integrales y continuos que permiten la coordinación de las prestaciones de salud, haciendo parte a la familia y/o cuidadores en el proceso del cuidado<sup>35</sup>.

Si bien el plan terapéutico biomédico (diagnóstico y tratamiento) está asegurado a través de la Ley sobre Garantías Explícitas en Salud<sup>36</sup>, los familiares y cuidadores otorgan especial relevancia al apoyo y bienestar

emocional del paciente, incluida la presencia de la red de apoyo familiar, como dimensiones importantes del manejo integral de las ECV. Esto coincide con los hallazgos encontrados por Leonel et al.<sup>37</sup> en su estudio en pacientes hipertensos en el Instituto Nacional de Cardiología de la ciudad de México. Cabe señalar que diversos organismos de salud advierten que, además de la conformación de equipos multidisciplinarios, se debe contar con la participación y colaboración de la familia en el diagnóstico, tratamiento y plan de cuidado de las personas con enfermedades cardiovasculares<sup>18, 38, 39</sup>.

La exposición por tiempo prolongado a circunstancias de cuidado y acompañamiento de un familiar con enfermedad ECV tiene repercusiones en la salud física y psicosocial del cuidador principal, quien debe reorganizar los tiempos, las actividades de la vida diaria y cumplir una multiplicidad de roles<sup>40</sup>. Son principalmente las mujeres, en un 98% de los casos, según el estudio, quienes, sin beneficios de seguridad social, sin preparación, sin límite de horario y con un importante deterioro de su calidad de vida, asumen las tareas del cuidado. Responsabilidad y condiciones que muestran la relación de feminización de la labor del cuidado y los estereotipos de género, que naturalizan y normalizan el rol de cuidado al interior de la familia<sup>41, 42</sup>. En este sentido, es importante señalar que en Chile el modelo biomédico imperante no incorpora el enfoque de género en las prestaciones del programa de salud cardiovascular, aspecto esencial en la gestión del proceso de atención de salud<sup>19, 43</sup>.

De igual modo, en este complejo entramado del soporte social y el exigente cumplimiento de metas terapéuticas<sup>39</sup>, el aprendizaje sobre las ECV está en directa relación con las experiencias de cuidado informal y no necesariamente a partir de las intervenciones del sistema sanitario. Corresponde a experiencias que están determinadas por la construcción de un sistema de creencias acerca de este tipo de enfermedades, de acuerdo al contexto cultural y la interpretación individual y colectiva que realizan el paciente y los familiares de cada patología en particular. Esta dimensión de la matriz cultural de las personas no está presente en el proceso de salud/enfermedad/atención del modelo biomédico, cuestión que ha sido analizada en otros estudios<sup>44, 45</sup>.

El apoyo familiar en el tratamiento de las ECV se lleva a cabo en el marco de una confluencia de determinantes de desigualdad en salud, como educación, ocupación, nivel de ingresos y el género; sumado a la presencia de comorbilidades, circunstancias psi-

cosociales, el contexto familiar y factores propios del paciente y aquellos intrínsecos del sistema de salud. Estos hallazgos son un aporte desde la experiencia local a la evidencia científica encontrada, tanto en Europa como América Latina<sup>46-49</sup>, respecto al soporte familiar y las barreras que intervienen en el conocimiento y adherencia terapéutica de las personas con enfermedades cardiovasculares y a otros estudios que han discutido sobre los factores biológicos como determinantes en el manejo adecuado de este tipo de patologías crónicas<sup>50</sup>.

Por último, señalar que la limitación del estudio fue no incluir variables que permitiesen observar la evolución del cuidado familiar junto con el diagnóstico y la confirmación de una ECV. Los resultados orientan futuras investigaciones que indaguen en la asociación de variables como el apoyo familiar y la codependencia y su influencia en los niveles de compensación de pacientes con ECV.

En el marco del modelo de atención primaria de salud con enfoque familiar y comunitario, la muestra en estudio permite concluir que en su mayoría los pacientes bajo control en el programa de salud cardiovascular cuentan con apoyo familiar, pero al mismo tiempo no se encuentran compensados, deduciéndose que el apoyo existente no está siendo necesariamente efectivo sobre el control del paciente y sus patologías crónicas. La compensación más bien estaría asociada en muchos casos al autocuidado individual del paciente, de manera que el apoyo familiar surgiría muchas veces solo ante eventuales manifestaciones de la sintomatología propia de las patologías cardiovasculares, estando en correlación con la funcionalidad del sistema familiar, la escolaridad, el nivel socioeconómico, la cultura y el conocimiento que se tenga sobre las enfermedades cardiovasculares.

Si bien el esquema de atención biomédico muestra logros en el cumplimiento de meta establecidas de compensación, es necesario activar mecanismos de intervención colaborativos, tanto en consultas, controles e intervenciones educativas que incorporen el enfoque familiar y de género y que tengan por objetivo interiorizar, reforzar y aclarar la información existente sobre las enfermedades cardiovasculares en un contexto de diversidad cultural.

El impacto que tienen las patologías cardiovasculares, tanto en el paciente como en el sistema familiar, requiere conocer la estructura sociocultural de las familias conjuntamente con la implementación y el desarrollo de procesos educativos participativos, culturalmente pertinentes y sostenibles en el tiempo, que

empoderen y mejoren el conocimiento de familiares significativos del paciente y otorguen relevancia al apoyo familiar, el cuidado colaborativo y el automanejo de las enfermedades cardiovasculares.

### Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. [Internet]. 2020 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240111953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. WHO. [Internet]. 2019 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Cardiopatía Isquémica. Nro. 145. Región de Murcia. España. [Internet]. 2020. <https://web.cofrm.com/wp-content/uploads/2020/09/Informe-Cardiopatía-Isquemica-PF145.pdf>
- Lorenzatti AJ, Toth PP. New Perspectives on Atherogenic Dyslipidaemia and Cardiovascular Disease. *Eur Cardiol*. 2020;15. <https://doi.org/10.15420/ecr.2019.06>
- Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*. 2020; 16(4):223-37. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Farag YM, Gaballa MR. Diabetes: an overview of a rising epidemic. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26(1):28-35. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq576>
- Boyko E, Magliano D, Karuranga S, Piemonte L, Riley P, Saeedi P, Sun H. Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. 10° ed. Diabetes research and clinical practice, 183, 109119. Federación Internacional de Diabetes. [Internet] 2022 [consultado en abril 2022]. Disponible en: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf)
- Forascepi C. Chile: New health and institutional challenges in a country in transition. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e137. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49469/v42e1372018\\_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49469/v42e1372018_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022. [Internet]. OMS; 2022 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240047761>
- Díaz L. Documentos de trabajo Panorama de la mortalidad y mapas de calor sobre defunciones, 2016. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. 2019 [consultado en jun 2022]. Disponible en: [https://www.inec.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/panorama-de-la-mortalidad-y-mapas-de-calor-sobre-defunciones-2016.pdf?sfvrsn=c5ea47fe\\_2](https://www.inec.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/panorama-de-la-mortalidad-y-mapas-de-calor-sobre-defunciones-2016.pdf?sfvrsn=c5ea47fe_2)
- Soto V Á, Vanegas L J. Tendencia de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Chile entre 1980 y 2015. *Rev Méd Chile*. 2021;149(4):554-8. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400554>
- Servicio de Salud Osorno. Consolidado Registro Estadística Mensual 2019. [Internet] [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://estadisticas.sosorno.cl/estadisticas/consolidados.php>
- González P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa* [Internet]. 2011;3(5):102-107 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- Poblete F, Glasinovic A, Sapag J, Barticevic N, Arenas A, Padilla O. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Aten Primaria*. 2015;47(8):523-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
- Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*. 2014;1(2):85-92. [https://doi.org/10.31381/cuidado\\_y\\_salud.v1i2.1111](https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111)
- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Internet]. 1a Ed. Vol. 1. Barcelona: Paidós; 1997 [consultado en jun 2022]. Disponible en: [http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/MODELOSDEINVESTIGACIONII2019III/documento/libro\\_metodo\\_de\\_investigacion.pdf](http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/MODELOSDEINVESTIGACIONII2019III/documento/libro_metodo_de_investigacion.pdf)
- Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2005 [consultado en may 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?>

18. Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Informe Mensual. Valor de la Canasta Básica de Alimentos y Líneas de Pobreza Informe Mensual. [Internet] diciembre 2020 [consultado en jun 2022]. Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva\\_serie/2021/Valor\\_CBA\\_y\\_LPs\\_21.12.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva_serie/2021/Valor_CBA_y_LPs_21.12.pdf)
19. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular [Internet]. 2017 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: [http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR\\_05.pdf](http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf)
20. Chile. Ministerio de Salud. Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centro en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. [Internet]. 2021 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo\\_Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf)
21. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo\\_Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf)
22. Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Prueba de acción. [Internet]. 2004 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas. Directrices para la Implementación. [Internet]. 2015 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/922/Modelo-de-atencion-para-personas-con-enfermedades-cronicas.-MIN-SAL-Chile-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Maquera VZ, Maldonado LA. Enfermedades crónicas y su impacto en el afrontamiento familiar de pacientes en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019. *Revista Científica Investigación Andina* [Internet]. 2021 [consultado en abril 2022]. Disponible en: 21(1). <https://revistas.uancv.edu.pe/index.php/RCIA/article/view/914>
25. Reyes AG, Garrido LA, Torres LE, Ortega P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y salud* [Internet]. 2010 [consultado en abril 2022]. Disponible en: 20(1), 111-117. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/623/1084>
26. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*. 2014;1(2), 85-92. [https://doi.org/10.31381/cuidado\\_y\\_salud.v1i2.1111](https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111)
27. Velasco MC, Balcázar P, Fuentes, R. Funcionamiento Familiar y Estilos de Vida en Personas con Diabetes Mellitus 2. 16° Congreso Virtual de Psiquiatría.com [Internet]. Interpsiquis. 2015 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: <https://psiquiatría.com/trabajos/2CON-F2CVP2015.pdf>
28. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdova I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, de León-Ramírez M. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm. Univ*. 2017;14(3):155-61. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
29. Trujano RS, Ávila DI, Vega Z, C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología* [Internet]. 2012 [consultado en mayo 2022]; 16(26):78-84. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a08.pdf>
30. Fachado AA, Menéndez M, González L Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuad Aten Primaria*. 2013 [consultado en mayo 2022];19(2):118-123. Disponible en: [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/ParaSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf)
31. Noriega A, Cogolllo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista cuidarte*. 2017; 8(2):1668-1676. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
32. Rodríguez E, Denis DA, Ávila JA, Hernández OL. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021;37(4). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n4/1561-3038-mgi-37-04-e1477.pdf>
33. Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, Ramírez-Coronel AA. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(3):290-297. [doi.org/10.5281/zenodo.5039487](https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487)
34. Bächler R, Mujica V, Orellana C, Cáceres D, Carrasco N, Davidson C, Jiménez A, Luna P, Valladares E, Vergara A. (2017). Eficacia de un programa educativo estructurado en población diabética chilena. *Rev Méd Chile*. 2017;145(2):181-187. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200005>

35. Castellano J, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(9):724-730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.024>
36. Chile. Ministerio de Salud. Marco Operativo. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas [Internet]. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria; 2021 [consultado en mayo 2022]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo\\_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf)
37. Establece un Régimen de Garantías en Salud. Ley N° 19.966 [Internet] 2004 [consultado en abril 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/73259fba7f91efafe04001011f011215.pdf>
38. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Papaqui-Hernández J. El apoyo familiar y la adherencia en el tratamiento de hipertensión arterial. *Rev Enferm Neurol*. 2015;14(1):11-7. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v14i1.200>
39. Organización Mundial de la Salud. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinarios [Internet]. Washington DC: OPS; 2019 [consultado en junio 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50855>
40. Chile. Ministerio de Salud. Resolución Exenta 700/2021. Fija Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención para las entidades Administradoras de la Salud Municipal para el año 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1165435>
41. Vicente Ruiz MA, De la Cruz García C, Morales Navarrete RA, Martínez Hernández CM, Villarreal Reyna MD. Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *Eur J Invest Health, Psychol Ed*. 2015; 4(2):151. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.66>
42. Domínguez Mon A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*. 2017;13(3):375. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
43. Jiménez Ruiz I, Moya Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfer Global*. 2018;17(1):420. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>
44. Véliz L, Bianchetti A. Enfoque de Género en la atención de salud de pacientes con enfermedades cardiovasculares en Chile. *Rev Chil Cardiol*. 2018;37(2):143-5. <https://doi.org/10.4067/s0718-85602018000200143>
45. Hoyos TN, Arteaga MV, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y educación en enfermería [Internet]*. 2011;29(2):194-203. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n2/v29n2a04.pdf>
46. Bermedo S. Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Rev Chil Salud Pública*. 2015;19(1):47. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.36339>
47. Iglesias-Fernández M. Dificultades en los cuidados de las personas con enfermedades crónicas: Diabetes mellitus tipo 2: estado de la cuestión. *Rev Prisma Social*. 2021;(32):446-475. <https://revistaprismasocial.es/article/view/4081>
48. Jiménez Barbosa WG, Baquero Pérez DS, Mora Sánchez MD, Salinas LR. Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal. *Rev Méd de Risaralda*. 2019;25(1):15. <https://doi.org/10.22517/25395203.15871>
49. Parra-Gómez LA, Galeano L, Chacón-Manosalva M, Camacho P. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e26. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.26>
50. González C, Bandera S, Valle J, Fernández J. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Medicina General y de Familia*. 2015;4:10-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.05.003>
51. Aguilar M, Maldonado Y. Factores determinantes en las complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) en adultos y adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Primaria (CAP) III Es Salud-El Agustino, 2016. *Revista de Investigación Apuntes Científicos Estudiantiles de Nutrición Humana [Internet]*. 2017 [consultado en abril 2022];1(1). Disponible en: [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r\\_nutricion/article/view/943](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_nutricion/article/view/943)

## EFECTIVIDAD DE LAS VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA EN PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ÑUBLE, AÑOS 2015, 2017 Y 2019

EFFECTIVENESS OF INFLUENZA VACCINES IN ELDERLY IN THE ÑUBLE REGION, YEARS 2015, 2017 AND 2019

### RESUMEN

**Introducción:** Está comprobada la efectividad de las vacunas en la población general y en especial en los grupos de mayor riesgo ya que disminuye la morbilidad y mortalidad de enfermedades infectocontagiosas. El presente estudio evalúa la cobertura de vacunación contra la influenza en relación con la mortalidad por insuficiencia respiratoria y neumonía en personas de 65 años y más, durante los años 2015, 2017 y 2019 en la Región de Ñuble.

**Materiales y Métodos:** Diseño ecológico. Se incluyó a personas de 65 años y más que fueron vacunadas contra la influenza entre marzo y agosto de los años 2015, 2017 y 2019 y personas mayores de 65 y más años, fallecidas por insuficiencia respiratoria y neumonía en ese mismo período. Se utilizaron bases de datos del Registro Nacional de Inmunización y registros de mortalidad procedentes del Servicio de Registro Civil. Se realizaron análisis descriptivos y modelos de regresión lineal con el programa estadístico SPSS v. 23.

**Resultados:** Se incluyeron 125.056 personas. La edad media fue de  $74,8 \pm 7,26$ , el grupo etario con más alto porcentaje de vacunación fue el de 65 a 69 años, la cobertura de vacunación fue 61,87, 62,55 y 72,97 para los años 2015, 2017 y 2019, respectivamente.

**Discusión:** A medida que aumenta la cobertura de vacunación contra la influenza disminuyen la mortalidad por insuficiencia respiratoria y neumonía en las personas mayores de 65 años y más. Evaluar las coberturas de vacunación es clave para implementar intervenciones que permitan aumentar los porcentajes de cobertura.

**Palabras claves:** Vacunas contra la influenza, Neumonía, Persona mayor, Mortalidad.

### ABSTRACT

**Introduction:** Vaccines are highly effective in reducing the morbidity and mortality caused by infectious diseases, especially in the general population and higher risk groups. This study aims to evaluate the coverage of influenza vaccination in people aged 65 years and older in the Ñuble Region during the years 2015, 2017, and 2019, in relation to mortality caused by respiratory failure and pneumonia.

**Materials and methods:** Ecological design. This study included people aged 65 years and over who received flu vaccination between March and August in the years 2015, 2017, and 2019, as well as people in the same age group who died due to respiratory failure and pneumonia during the same period. The researchers used databases from the National Immunization Registry and mortality records from the Civil Registry Service for the study. Descriptive analyzes and linear regression models were performed with the statistical program SPSS v. 23.

**Results:** 125,056 people were included. The mean age was  $74.8 \pm 7.26$ , the age group with the highest percentage of vaccination was 65 to 69 years, and vaccination coverage was 61.87, 62.55, and 72.97 for 2015, 2017, and 2019, respectively.

**Discussion:** As influenza vaccination coverage increases, respiratory failure and pneumonia mortality decreases in people aged 65 and over. Evaluating vaccination coverage is critical to implementing interventions that allow increasing coverage percentages.

**Key words:** Influenza Vaccines, Pneumonia, Aged, Mortality.

**Brenda Tapia**

Centro Médico Redsalud Chillán.  
Universidad del Bío-Bío,  
Chillán, Chile.

**Carlos Weitzel**

Universidad del Bío-Bío,  
Chillán, Chile.

**Jessica Inzunza**

Programa Nacional de  
Inmunizaciones de Ñuble, Depto.  
Salud Pública, SEREMI de Salud  
Región de Ñuble. Universidad del  
Bío-Bío, Chillán, Chile.

**Josefina Weitzel**

Universidad del Desarrollo,  
Concepción, Chile.

**Carmen Luz Muñoz-Mendoza**

Departamento de Enfermería.  
Facultad de Ciencias de la Salud y  
de los Alimentos.  
Universidad del Bío-Bío.  
[calmuno@ubiobio.cl](mailto:calmuno@ubiobio.cl)

Recibido el 19-10-2022

Aprobado el 22-11-2023

## INTRODUCCIÓN

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda, producida por el virus de la influenza. Se contagia de persona a persona, principalmente por gotitas cargadas de virus transmitidas al toser, estornudar o por contacto directo con una persona infectada. La influenza se caracteriza por la aparición repentina de síntomas sistémicos (fiebre, mialgia, dolores de cabeza, malestar general) y síntomas respiratorios (tos no productiva, odinofagia y rinitis). El período de incubación es generalmente de 1 a 5 días, siendo el período de mayor transmisibilidad los 3 primeros días de la infección<sup>1</sup>. Hay cuatro tipos de virus de la gripe estacional: A, B, C y D. Los causantes de las epidemias estacionales son los virus gripales de tipo A y B<sup>2</sup>.

Aunque la mayoría de los afectados se recuperan en una o dos semanas sin necesidad de recibir tratamiento médico, en embarazadas, niños pequeños, personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas (cardíacas, pulmonares, renales, metabólicas, entre otras) o inmunodeprimidas (por VIH/sida, quimioterapia, corticoterapia o neoplasias malignas), la infección puede conllevar graves complicaciones de la enfermedad subyacente, provocar neumonía o causar la muerte<sup>3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la influenza infecta anualmente a alrededor del 5 al 15% de la población. La mayoría de las muertes asociadas a la influenza en países desarrollados ocurren entre personas mayores de 65 años<sup>4</sup>. En Chile, el estudio de Fica et al.<sup>5</sup> evidenció que el 56,1% de los ingresos por Infección Respiratoria Aguda Grave se asoció a infección por influenza y que el 80,3% correspondían a pacientes de la tercera edad.

En este contexto, la inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación costo-beneficio, previene enfermedades debilitantes, discapacidades y salva millones de vidas cada año, especialmente entre los grupos de alto riesgo como son las personas mayores<sup>6,7</sup>. Sin embargo, la inmunidad de la vacunación disminuye con el tiempo, por lo que la OMS recomienda la vacunación anual, especialmente en embarazadas, personas mayores y pacientes con patologías crónicas<sup>2</sup>. En este sentido, la vacunación antiinfluenza en las personas mayores tiene una eficacia del 50% al 60% para prevenir la hospitalización y 80% de efectividad en la prevención de mortalidad<sup>8</sup>. En España, la efectividad para prevenir influenza B y hospitalizaciones en personas de 65

años y más fue del 89% y 87%, respectivamente<sup>9</sup>. Por su parte, Dominich et al.<sup>10</sup> demostraron que la administración de la vacuna contra la influenza fue eficaz para prevenir la hospitalización por neumonía o influenza en el 49%.

En Chile, los estudios que evalúan la efectividad de la vacuna contra la influenza son escasos y se centran en personal de salud<sup>11</sup> o en población infantil<sup>12</sup>. Por tanto, el objetivo de este estudio, es evaluar la cobertura de vacunación contra la influenza en relación con la mortalidad por insuficiencia respiratoria y neumonía en las personas de 65 años y más, durante los años 2015, 2017 y 2019 en la Región de Ñuble.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de Diseño Ecológico<sup>13</sup>. Los datos se obtuvieron de bases de datos secundarias pertenecientes al Registro Nacional de Inmunización (RNI) y registros de mortalidad procedentes del Servicio de Registro Civil.

Se incluyó a todas aquellas personas de 65 años y más que fueron vacunadas contra la influenza entre el mes de marzo y agosto de los años 2015, 2017 y 2019 y a las personas mayores de 65 y más años de edad, fallecidos por insuficiencia respiratoria y neumonía según códigos CIE 10, desde J00 a J06 y J12 a J18 durante ese mismo periodo de tiempo. Asimismo, se excluyeron todos aquellos casos con registros incompletos. Los años 2016 y 2018 no fueron incluidos porque no fue posible acceder al registro de las personas fallecidas por insuficiencia respiratoria y neumonía.

Posterior a la entrega de las bases de datos a través de la Ley de Transparencia<sup>14</sup>, se realizó la revisión y depuración de los datos utilizados, evitando el ingreso de información incompleta y repetida. Además, se eliminó cualquier dato sensible que pueda identificar a alguno de los casos.

Para el análisis estadístico se describieron las variables cualitativas con frecuencia y porcentajes; y para las de naturaleza cuantitativa media y desviación estándar, previa comprobación de normalidad utilizando la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para analizar las diferencias entre las variables edad, sexo y provincia, y el año se utilizó la prueba de Chi-cuadrado.

El porcentaje de cobertura se calculó por medio de la división entre las personas mayores de 65 años vacunados residentes de la región de Ñuble de un año determinado y el número proyectado a vacunar del mismo grupo de edad y año por cien.

En cuanto a la tasa de mortalidad por causa específica y edad se determinó el cociente entre el número total de defunciones por una causa específica en un grupo de edad específico y la población total estimada del mismo grupo de edad por mil.

Finalmente, para analizar la asociación entre la cobertura de vacunación y la tasa de mortalidad en personas de 65 años y más, dependiendo de la distribución de los datos, se realizaron modelos lineales de regresión. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS v. 23.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen las características demográficas de las personas de 65 años y más inmunizadas en la región de Ñuble. Se incluyeron un total de 125.056 personas, durante los años 2015, 2017 y 2019. De los 3 años estudiados, la edad media fue de  $74,8 \pm 7,26$ , el grupo etario con más alto porcentaje de vacunación fue el de 65 a 69 años, con un mayor porcentaje de mujeres, y personas con residencia en la provincia de Diguillín, observándose diferencias estadísticamente significativas en las variables edad y provincia.

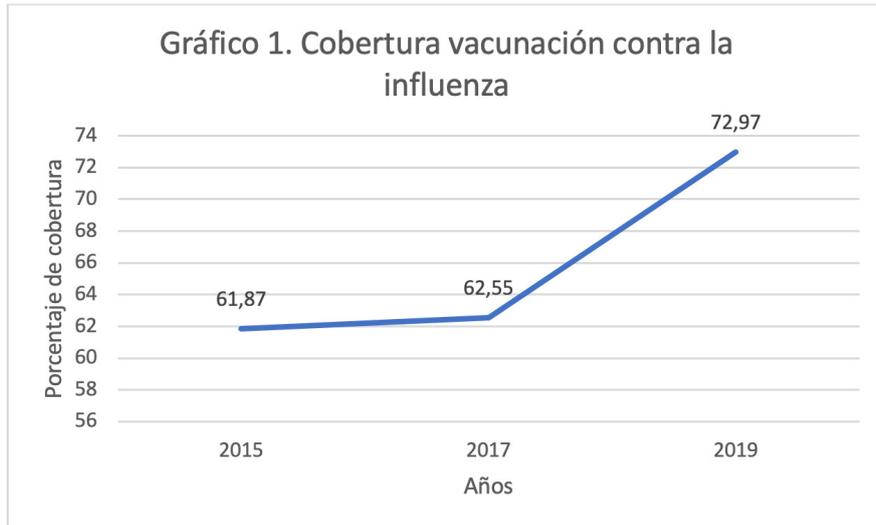
**Tabla 1. Características demográficas de las personas mayores inmunizadas incluidas en el estudio años 2015, 2017 y 2019.**

Variables	Año			p*
	2015 n (%)	2017 n (%)	2019 n (%)	
<b>Edad (<math>\bar{x}=74,8 \pm 7,26</math>)</b>				
65-69	10282 (28,23)	10728 (27,24)	14234 (28,90)	0,001
70-74	9790 (26,88)	10439 (26,50)	12874 (26,14)	
75-79	7282 (20,00)	8217 (20,86)	10157 (20,62)	
80 y más	9062 (24,88)	10005 (25,40)	11986 (24,34)	
<b>Sexo</b>				
Hombre	16027 (44,01)	17236 (43,76)	21496 (43,65)	0,562
Mujer	20389 (55,99)	22153 (56,24)	27755 (56,35)	
<b>Provincia</b>				
Diguillín	22475 (61,71)	24475 (62,67)	31038 (63,02)	0,001
Itata	5514 (15,15)	6093 (15,47)	7238 (14,69)	
Punilla	8427 (23,14)	8612 (21,86)	10975 (22,29)	

\*Prueba de Chi-cuadrado

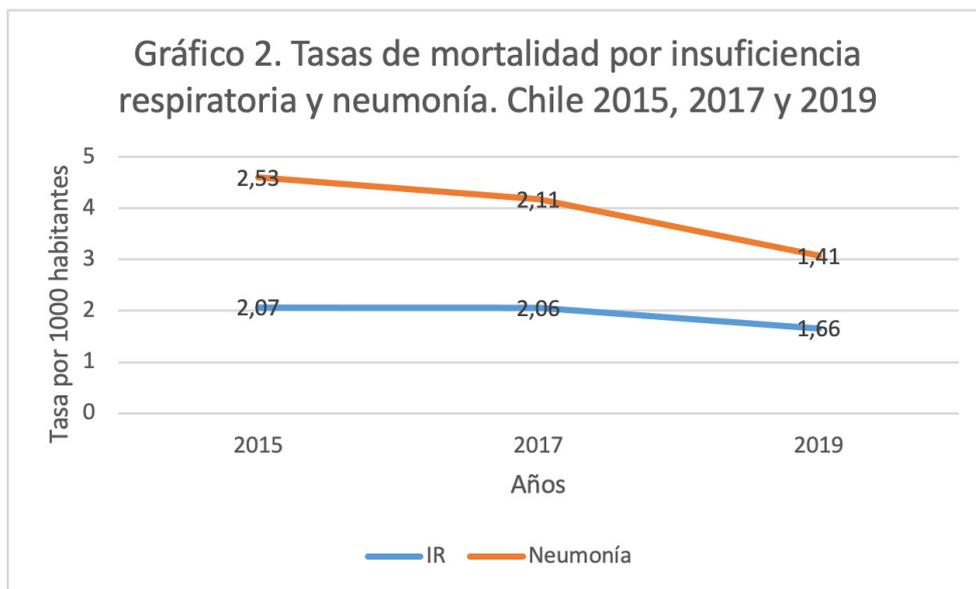
En el Gráfico 1 se muestra la cobertura de vacunación para cada uno de los años incluidos en el

estudio. Como se puede observar, la mayor cobertura se alcanzó en el año 2019 con un 72,97%.



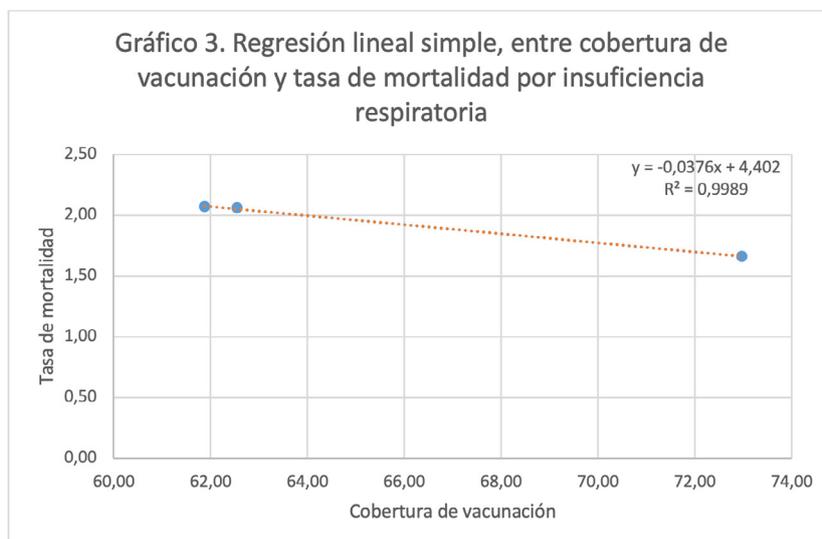
En el Gráfico 2 se observa que en el año 2015 la tasa de mortalidad asociada a insuficiencia respiratoria

y neumonía en personas de 65 años y más, fue la más alta de los tres años considerados en el estudio.



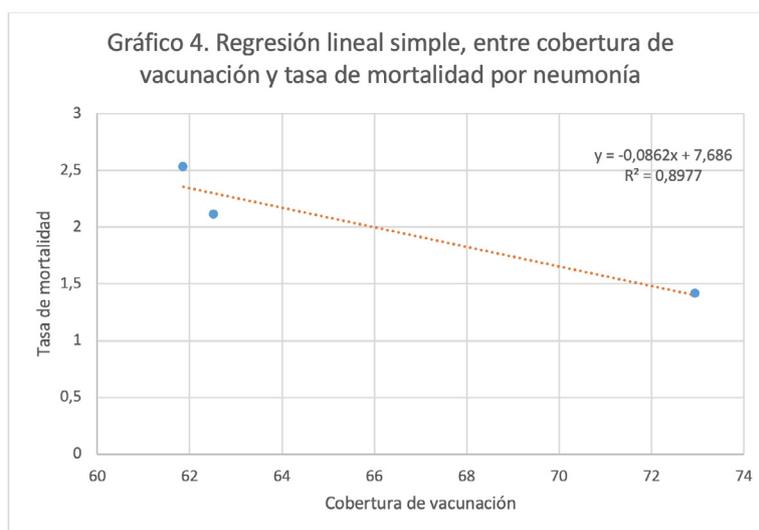
El Gráfico 3 corresponde a la gráfica de dispersión de las variables de cobertura de vacunación y la tasa de mortalidad específica por insuficiencia respiratoria, donde los datos son representados por los puntos azules del gráfico. Además, se presenta una línea de tendencia (en naranja) la cual se obtuvo mediante una regresión lineal simple. Esto permite establecer

un modelo entre la tasa mortalidad específica por insuficiencia respiratoria y cobertura de vacunación definido por la ecuación:  $y = -0,076x + 4,402$ , con un coeficiente de determinación  $R^2 = 0,9989$ . La prueba de contraste de hipótesis mostró un valor de  $p = 0,021$ .



En el Gráfico 4 se observa la gráfica de dispersión entre la cobertura de vacunación y la tasa de mortalidad específica por neumonía; junto con la línea de tendencia obtenida también mediante una regresión

lineal simple. La ecuación que definió un modelo que correspondió a:  $y = -0,0862x + 7,686$  con un coeficiente de determinación  $R^2 = 0,8977$ . La prueba de contraste de hipótesis alcanzó un valor de  $p = 0,207$ .



## DISCUSIÓN

Los cambios demográficos en todo el mundo hacia una sociedad que envejece, tiene importantes implicaciones para las políticas de Salud Pública, resultando la inmunización<sup>3</sup> como prevención primaria eficaz y de bajo costo.

Los programas de vacunación a nivel mundial se basan en que la inmunización previene enfermedades, discapacidades y mortalidad<sup>15</sup>. En Chile, este impacto positivo en la Salud Pública también se ha evidenciado a través del Programa Nacional de Inmunizaciones<sup>16</sup>.

La efectividad del programa de vacunación en personas mayores es de suma importancia como estrategia de prevención para apoyar un envejecimiento saludable<sup>17</sup>. En este sentido, el objetivo de esta investigación es evaluar la cobertura de vacunación contra la influenza en relación con la mortalidad por insuficiencia respiratoria y neumonía en las personas de 65 años y más, durante los años 2015, 2017 y 2019 en la Región de Ñuble.

En cuanto a los resultados del estudio, se incluyó un total de 125.056 personas vacunadas, con una edad media de 74,8 años. Este resultado es similar a lo informado en otras investigaciones<sup>18</sup>.

En relación al sexo, la mayor participación en el programa de vacunación fue de mujeres. Esto se explica, según algunos autores, porque las mujeres participan más en actividades de autocuidado y en programas de salud<sup>19</sup>. Esto difiere de los resultados encontrados en una revisión sistemática, donde se informa que los hombres tienen una mayor probabilidad de ser vacunados, probabilidad que disminuye a medida que aumenta de la edad<sup>20</sup>.

En relación a la provincia de residencia, los mayores porcentajes en los 3 años estudiados, se observaron en la provincia de Diguillín. Los resultados coinciden con lo encontrado en una revisión sistemática realizada en Estados Unidos, en donde se identificaron las barreras evidenciadas por las personas que viven en ruralidad para la participación en programas de salud<sup>21</sup>.

Ahora bien, en relación a la cobertura, durante los años analizados, se observa que los porcentajes son relativamente bajos. Sin embargo, los resultados obtenidos a nivel regional son superiores a la cobertura informada a nivel nacional por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). Esto es especialmente relevante, porque algunos autores señalan que se requiere al menos que el 90% de la población objetivo esté vacunada para alcanzar la

inmunidad colectiva<sup>22</sup>. Esto ha motivado al MINSAL a implementar una serie de estrategias que han permitido aumentar la cobertura durante el año 2020 a 84,8%<sup>23</sup>.

En cuanto a la tasa de mortalidad por neumonía, los resultados son similares a los informados en otras investigaciones<sup>24</sup>. En Chile, entre los años 1997 y 2003, las enfermedades respiratorias ocuparon el tercer lugar entre las causas; de ellas, el 41% correspondió a las muertes por neumonía, especialmente en personas de 65 años o más, a las que correspondió el 90% de esas muertes<sup>25</sup>. Para enfrentar este problema, en el 2001 se creó el programa Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), implementado en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Atención Primaria de Salud (APS) y dirigido de manera priorizada a las personas de 65 años de edad o más<sup>26</sup>.

En relación con la mortalidad por insuficiencia respiratoria, a pesar de que ésta fue descrita como enfermedad pulmonar propiamente tal en los años 1960, durante muchos años no hubo acuerdo general en su definición, lo que dio como resultado confusión, definiciones inconsistentes y diagnósticos inadecuados<sup>27</sup>. Lo que se ha visto reflejado en que la mayoría de los estudios, asocian la influenza solo a neumonía, considerando la insuficiencia respiratoria un síntoma o complicación de la neumonía<sup>28</sup>.

Finalmente, al asociar la cobertura de vacunación contra la influenza y la tasa de mortalidad por insuficiencia respiratoria, se observa una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.021$ ). Para el caso de la mortalidad por neumonía aunque la asociación no alcanzó un valor significativo ( $p=0.207$ ), el análisis descriptivo evidencia que a medida que aumenta la cobertura disminuye la mortalidad.

En Italia, se comparó la mortalidad de todas las causas durante los años 2014 y 2015. Al analizar al grupo de personas mayores, se observa que el riesgo mortalidad es un 36% mayor en sujetos no vacunados contra la influenza en comparación con los vacunados, y al analizar el riesgo de muerte por influenza o neumonía es un 43% más alto<sup>29</sup>.

En la misma línea, Morgado et al.<sup>30</sup>, encontraron una reducción significativa de la mortalidad por influenza y neumonía, lo que sugiere la eficacia del programa de vacunación cuando es realizado de forma adecuado. En Australia, con el objetivo de determinar la asociación entre la cobertura de vacunación y la mortalidad por neumonía e influenza, analizaron los años del 2010 al 2017, concluyendo que la vacunación contra la influenza se asocia con una reducción moderada de la mortalidad relacionada con la influenza<sup>31</sup>.

En cuanto a las limitaciones del estudio, podemos mencionar el sesgo de datos debido a datos incompletos o falta de precisión en la información, como sucedió con los años 2016 y 2018, que fueron excluidos por estas causas. Por otro lado, el periodo de tiempo analizado sólo considera tres años no consecutivos.

En conclusión, los resultados de la investigación evidencian que a medida que aumenta la cobertura de vacunación contra la influenza disminuyen la mortalidad por insuficiencia respiratoria y neumonía en las personas mayores de 65 años y más. Sin embargo, sólo la mortalidad por insuficiencia respiratoria alcanzó un valor estadísticamente significativo. Por tanto, evaluar las coberturas de vacunación es clave para implementar intervenciones que permitan aumentar los porcentajes de cobertura en este grupo etario, que, por las características propias del envejecimiento, es especialmente vulnerable. Adicionalmente, se recomienda ampliar el programa de inmunización contra la influenza a toda la población, para que de esta forma se reduzca la incidencia de propagación de la infección entre los grupos etarios más jóvenes, generando el efecto de grupo, contribuyendo a la reducción de los casos de influenza y sus complicaciones como la neumonía e insuficiencia respiratoria.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento para el desarrollo del presente estudio.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchmann SD. Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1998;19(6):407-63.
2. World Health Organization. Influenza (seasonal). [acceso 18 de octubre 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
3. Smetana J, Chlibek R, Shaw J, Splino M, Prymula R. Influenza vaccination in the elderly. *Hum Vaccin Immunother.* 2018;14(3):540-549.
4. Organización Panamericana de la Salud. Influenza y otros virus respiratorios. [acceso 18 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-otros-virus-respiratorios>
5. Fica A, Pinto F, Sotomayor V, Fasce R, Andrade W, Dabanch J, Soto A, Triantafilo V. Host characteristics predict outcome among adult patients admitted by severe acute respiratory infection. *Rev Med Chil.* 2019;147(7):842-851.
6. Fiore AE, Uyeki TM, Broder K, Finelli L, Euler GL, Singleton JA, Iskander JK, Wortley PM, Shay DK, Bresee JS, Cox NJ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR Recomm Rep.* 2010;59(RR-8):1-62.
7. Sugishita Y, Sugawara T. Effectiveness and cost-effectiveness of influenza vaccination for elderly people. *Vaccine.* 2021 Dec 20;39(52):7531-7540.
8. Centers for Disease Control and Prevention. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.* Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015. Chapter 12 Influenza. p. 187-206.
9. Martínez-Baz I, Navascués A, Pozo F, Chamorro J, Albeniz E, Casado I, Reina G, Cenoz MG, Ezpeleta C, Castilla J; Primary Health Care Sentinel Network and Network for Influenza Surveillance in Hospitals of Navarra. Influenza vaccine effectiveness in preventing inpatient and outpatient cases in a season dominated by vaccine-matched influenza B virus. *Hum Vaccin Immunother.* 2015;11(7):1626-33.
10. Domnich A, Arata L, Amicizia D, Puig-Barbera J, Gasparini R, Panatto D. Effectiveness of MF59-adjuvanted seasonal influenza vaccine in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2017;35:513-520.
11. Moreno C, Tenorio J, Gatica S, Sánchez H. Incidencia de enfermedades respiratorias en funcionarios vacunados y no vacunados contra la influenza. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, año 2000. *Rev Chil Enferm Respir.* 2002;18(1):14-21.
12. Del Piano L, Guillen B, Casado C. Comportamiento clínico-epidemiológico de la influenza en niños hospitalizados. *Rev Chil Infectol.* 2003;20(3):159-165.
13. Borja V. Estudios Ecológicos. *Salud Publica Méx.* 2000;42(6):533-538.
14. Ley 20.285: Sobre acceso a la información pública, Diario Oficial de la República de Chile, Santiago de Chile, publicada 20 de agosto del año 2008.
15. Organización Mundial de la Salud. Vacunas e Inmunización. [acceso 18 octubre de 2022] Disponible en:

- [https://www.who.int/es/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)
16. Alvarado S, Paya E, Valenzuela MT, Villena R. Resultado de un modelo de gestión de vacunas especiales. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(6):723-729.
  17. Andrew MK, Bowles SK, Pawelec G, Haynes L, Kuchel GA, McNeil SA, McElhaney JE. Influenza Vaccination in Older Adults: Recent Innovations and Practical Applications. *Drugs Aging.* 2019;6(1):29-37.
  18. Lee JKH, Lam GKL, Shin T, Kim J, Krishnan A, Greenberg DP, Chit A. Efficacy and effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccination for older adults: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Vaccines.* 2018;17(5):435-443.
  19. Molina A, Salas D, Peiró R, Málga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care.* 2011;20(5), 669-678.
  20. Nagata JM, Hernández-Ramos I, Kurup AS, Albrecht D, Vivas-Torrealba C, Franco-Paredes C. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults  $\geq 65$  years: a systematic review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health.* 2013;13:388.
  21. Wang H, Roy S, Kim J, Farazi PA, Siahpush M, Su D. Barriers of colorectal cancer screening in rural USA: a systematic review. *Rural Remote Health.* 2019;19(3):5181.
  22. Plans-Rubió P. The vaccination coverage required to establish herd immunity against influenza viruses. *Prev Med.* 2012;55(1):72-77.
  23. DEIS. Ministerio de Salud. Cobertura de vacunación-Campaña Influenza 2020 [Internet]. DEIS; 2020 [acceso 18 octubre 2022]. Disponible en: <http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi>
  24. Escobar-Rojas A, Castillo-Pedroza J, Cruz-Hervert P, Báez-Saldaña R. Tendencias de morbilidad y mortalidad por neumonía en adultos mexicanos (1984-2010). *Neumol Cir Torax.* 2015;74(1):4-12.
  25. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile Demográficas y vitales [Internet]; 2017 [acceso 18 octubre 2022]. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
  26. Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Aprueba Programa De Control Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA). Resolución 1237, 2013 [acceso 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.raucanianorte.cl/images/PDF-WORD/Res.-1237-Programa-de-Control-Enfermedades-Respiratorias-del-Adulto.pdf>
  27. Carrillo-Esper R, Sánchez-Zúñiga M, Medveczky-Ordóñez N, Carrillo-Córdova D. Evolución de la definición del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. *Med Interna Méx.* 2018;34(4):594-600.
  28. Schwarzmann SW, Adler JL, Sullivan RJ Jr, Marine WM. Bacterial pneumonia during the Hong Kong influenza epidemic of 1968-1969. *Arch Intern Med.* 1971;127(6):1037-41.
  29. Fausto F, Paolo P, Anna O, Carlo S. Excess mortality in Italy: Should we care about low influenza vaccine uptake?. *Scand J Public Health.* 2018;46(2):170-174.
  30. Morgado J, Boing A, Waldman E, Ferreira J, Estudio ecológico sobre la mortalidad por neumonía e influenza antes y después de la vacunación antigripal en el noreste y el sur de Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(12):2535-2545
  31. Nation ML, Moss R, Spittal MJ, Kotsimbos T, Kelly PM, Cheng AC. Influenza Vaccine Effectiveness Against Influenza-Related Mortality in Australian Hospitalized Patients: A Propensity Score Analysis. *Clin Infect Dis.* 2021;72(1):99-107.

## EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA A VÍCTIMAS-SOBREVIVIENTES DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS TRAS EL ESTALLIDO SOCIAL EN LAS CIUDADES DE SANTIAGO Y VALPARAÍSO

EXPERIENCES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE FOR VICTIMS-SURVIVORS OF HUMAN RIGHTS VIOLATIONS AFTER THE SOCIAL OUTBREAK IN THE CITIES OF SANTIAGO AND VALPARAÍSO

### RESUMEN

**Introducción:** El artículo describe experiencias de atención psicoterapéutica a víctimas-sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos tras el Estallido Social en las ciudades de Santiago y Valparaíso, Chile.

**Materiales y Métodos:** El estudio se realizó el año 2021, tras dos años del Estallido Social y se optó por trabajar con metodología cualitativa. La producción de datos se efectuó mediante entrevistas semi-estructuradas a seis profesionales de la psicología que atendieron a víctimas-sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos. El análisis de datos se realizó mediante Grounded Theory.

**Resultados:** Los principales hallazgos revelan el impacto emocional en los y las profesionales tras la atención psicoterapéutica. Experiencia que se enfrentó como un desafío a nivel personal y profesional, puesto que se desarrolló en un escenario político adverso y sin contar con formación profesional específica.

**Discusión:** Esto hizo que la atención se diera como resultado de un compromiso individual de carácter ético-político con los derechos humanos, dando cuenta de falencias en la formación académica en psicología y de vacíos en la atención en salud mental en Chile.

**Palabras clave:** Estallido Social; violaciones a los Derechos Humanos; atención psicoterapéutica.

### ABSTRACT

**Introduction:** This article discusses the psychotherapeutic care experiences of victims who survived human rights violations during the Social Outbreak in Santiago and Valparaíso, Chile.

**Materials and Methods:** The study was conducted in 2021, two years after the Social Outbreak, using a qualitative methodology. Data production was conducted by conducting semi-structured interviews with six psychology professionals who provided care to victims and survivors of human rights violations. Data analysis was carried out using Grounded Theory.

**Results:** The primary findings indicate the emotional impact on professionals following psychotherapeutic care. Professionals faced this experience as a challenge on a personal and professional level, since it was developed in an adverse political scenario and without specific professional training.

**Discussions:** This meant that the care was given as a result of an individual commitment of an ethical-political nature to human rights, accounting for shortcomings in academic training in psychology and gaps in mental health care in Chile.

**Keywords:** Social Outbreak - violations of Human Rights - psychotherapeutic care.

Ximena Faúndez

Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, y Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre Cultura Política, Memoria y Derechos Humanos.

Natalia Alarcón

Marcela Castro

Hellen Lefiqueo

Macarena Romo

Daniel Sanz

Licenciado/a en Psicología,  
Escuela de Psicología,  
Universidad de Valparaíso

Recibido el 23-01-2023

Aprobado el 23-11-2023

## INTRODUCCIÓN

Desde el año 2006, en Chile se experimentó un proceso de cuestionamiento en varios ámbitos de la vida social, que desde la dictadura cívico-militar se fueron consensuando en clave neoliberal<sup>1, 2</sup>. El punto cúlmine de este proceso fue el producido el día 18 de octubre del año 2019. Estudiantes secundarios se manifestaron en contra del alza del pasaje del metro en Santiago. Esto condujo una gran expresión de descontento, protestas callejeras y una variada gama de otras expresiones ciudadanas que se desarrollaron de manera continua, lo que se denominó “Estallido Social”<sup>1</sup>.

Durante el Estallido Social, según organismos internacionales<sup>3-5</sup> en el país se desarrolló un proceso de represión con altos niveles de violencia proveniente de agentes del Estado, específicamente de las Fuerzas Armadas y del Orden. La respuesta estatal criminalizó la protesta con el objetivo de deslegitimar la disidencia política<sup>6</sup>.

El 30 de diciembre del año 2019 se registraban 3.583 personas agredidas físicamente (2.050 heridos por disparos de balas, perdigones, bombas lacrimógenas y balines), varias torturadas (777 querellas por tortura y 137 por violencia sexual), sobre 30 muertos en distintas circunstancias, 359 personas con traumatismo ocular y varias decenas con pérdida de uno o ambos globos oculares por balines y bombas lacrimógenas, etc.<sup>7</sup>.

Al 12 de marzo de 2021 se habían presentado al Ministerio Público 8.581 querellas por violaciones a los derechos humanos a nivel país<sup>8</sup>. De las 8.581 causas abiertas inicialmente, 2.013 fueron agrupadas, restando un total de 6.568. De todas esas, 3.050, que corresponden a un 46%, cerraron sin formalizaciones. Solo una causa terminó en condena por homicidio frustrado tras el disparo directo de una lacrimógena en la nuca de un manifestante. La mayoría de los casos (2.774) terminaron por archivo provisional, otros tantos (218) por decisión de no perseverar, y algunos (58) en facultad de no iniciar la investigación<sup>9</sup>. Es decir, a más de cuatro años de cometidos los hechos la mayor parte de los casos se encuentran en la más absoluta impunidad.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos subraya que la perpetuación de la impunidad frente a violaciones a los derechos humanos afecta no solo a las víctimas y sus familiares, sino a toda la sociedad, debido a que transmite una señal de tolerancia a hechos de esta naturaleza<sup>5</sup>. Aunque es la persona sometida quien manifiesta los efectos físicos

y psicológicos, la sociedad en su conjunto resulta impactada. Esto ya que la represión funciona como estrategia de control político para regular el orden social por medio de la amenaza y el miedo<sup>10</sup>.

La investigación en salud mental post dictadura cívico-militar (1973-1990), entrega antecedentes importantes respecto al impacto de la experiencia represiva. En víctimas directas y sus familias, se observó sintomatología ansioso-depresiva, trastornos del sueño, episodios psicóticos transitorios, dificultades de concentración, confusión y sentimientos de culpa; así como procesos de duelo alterados. A largo plazo, se describe la existencia de estructuras individuales y familiares crónicamente depresivas, en que el silencio y la negación fueron las formas frecuentes de interacción social. Además, se observaron variadas alteraciones psicósomáticas<sup>11,12</sup>.

A nivel internacional, diversas investigaciones<sup>13,14</sup> han demostrado que las poblaciones expuestas a estresores físicos y psicosociales extremos presentan, años después, mayores tasas de morbilidad y mortalidad. Este fenómeno se ha observado tanto en prisioneros, militares y población civil en situaciones de guerra y otros conflictos armados.

En Chile, un estudio epidemiológico de la década de los '90 señala que si bien las víctimas de violencia política sufrían las mismas enfermedades que el promedio de la población, a pesar de la medicación adecuada, la duración de estas era mayor y los cuadros sintomáticos más severos<sup>15</sup>. A nivel nacional, un reciente estudio<sup>16</sup> plantea que las neoplasias ocupan la primera causa de muerte en víctimas de la dictadura cívico-militar chilena; siendo los tumores malignos de los órganos digestivos la primera subcategoría diagnóstica. Al respecto, plantean los autores, que las neurociencias han referido que el estrés crónico por traumatización extrema afecta el sistema inmuno-defensivo, favoreciendo la ocurrencia de cáncer.

Estudios realizados en diversas partes del mundo, con víctimas de violencia política y sus familias dan cuenta de que las situaciones traumáticas no sólo afectan a las víctimas directas, sino que tienen consecuencias sobre varias generaciones de descendientes, lo que ha sido llamado transmisión transgeneracional del trauma<sup>10</sup>.

El presente artículo tiene por finalidad conocer las experiencias de atención psicoterapéutica a personas víctimas-sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos tras el Estallido Social en Chile.

## **Psicoterapia a víctimas de violencia policial**

La psicoterapia puede ser definida como: “un método psicológico de tratamiento con base científica. A menudo se aplica para aliviar el sufrimiento psicológico. La realiza una o varias personas, calificadas por su formación. Establecen un contrato con uno o varios pacientes con el objetivo de aliviar el dolor por síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas de desarrollo”<sup>17</sup>.

La psicoterapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicoterapeuta. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien. Así, consultante y psicoterapeuta trabajarán juntos para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden sentirse bien.

La alteración psicológica que se produce en personas que han vivenciado experiencias de violencia estatal puede ser descrita desde una perspectiva biomédica, pero este marco sería insuficiente para dar una respuesta cabal al fenómeno<sup>11</sup>. Si bien, a partir de la noción de estrés postraumático (DSM-V) se puede comprender en parte el proceso por el que están pasando las personas que han sufrido violencia policial, hay dimensiones contextuales, legales y políticas del fenómeno que no aborda este concepto, pero que sin embargo, deben ser consideradas en los procesos de psicoterapia de dichos casos<sup>18</sup>.

Las personas que sufrieron represión producto de su participación en manifestaciones políticas en Chile tras el 18 de octubre de 2019, en muchos casos sufrieron vulneraciones de derechos humanos. Es decir, agentes del Estado responsables de la seguridad pública dentro del territorio nacional, fueron quienes ejercieron acciones de violencia física o psicológica contra de los propios ciudadanos<sup>4</sup>.

Para lograr la comprensión teórica y práctica en psicoterapia de las personas que han sufrido violaciones a sus derechos es necesaria la vinculación con el contexto social<sup>19</sup>. Además, la atención de estos casos requiere de profesionales de la salud con conocimientos especializados sobre el enfoque de derechos humanos en salud así como también formación especializada en el uso de Protocolo de Estambul. El enfoque de derechos humanos en la salud abarca el reconocimiento de libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo,

derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar<sup>20</sup>.

El Protocolo de Estambul es un procedimiento de evaluación clínica y mental para acreditar signos de tortura por parte de agentes del Estado. Este orienta el proceso de investigación y documentación de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Constituye la directriz internacional para examinar a las personas que aleguen haber sufrido tortura y malos tratos, permitiendo investigar de forma sistemática los casos de presunta tortura y comunicar los resultados obtenidos a los órganos correspondientes<sup>21</sup>.

De lo anterior se desprende que, dada la singularidad del trauma generado por situaciones de violencia y represión policial, se requiere un abordaje psicoterapéutico particular. La literatura existente recoge las experiencias psicoterapéuticas de organizaciones que prestaron apoyo a sobrevivientes de violaciones de DD.HH durante el período de dictadura en Chile. Tal es el caso de la labor realizada por Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS), que brindó atención médica y psicológica a víctimas y personas afectadas por las graves violaciones a los derechos humanos durante la dictadura<sup>22</sup>. También, el Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS), que como ONG creada a partir de 1988 por psiquiatras y profesionales de la psicología, ofrece desde entonces atenciones psicoterapéuticas a todas aquellas personas que sufrieron la represión política en contexto de dictadura<sup>23</sup>.

La literatura sobre el trabajo psicoterapéutico con víctimas de la dictadura chilena<sup>23</sup>, señala la necesidad de generar un vínculo comprometido con el paciente, evitando una posición neutral frente a los hechos sufridos por éste, entendiendo que la tortura y otros tratos crueles eran directa y deliberadamente causados por agentes del Estado por motivos ideológicos y políticos. Además, la literatura<sup>30</sup> señala la importancia de comprender el proceso traumático como un continuo que se nutre de la impunidad, la falta de verdad y de justicia de los crímenes de lesa humanidad, así como de la violencia estructural del sistema neoliberal. Esta aproximación permite pensar en ciertas cualidades, estrategias y conocimientos que deberían desarrollar los profesionales de la salud que,

desde octubre de 2019, han enfrentado el desafío de atender a las personas que sufrieron violencia represiva.

El presente artículo busca responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de atención psicoterapéutica a víctimas-sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos tras el Estallido Social desde la narración de psicólogos y psicólogas de Santiago y Valparaíso?

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Enfoque metodológico

Este estudio se adscribió a la metodología cualitativa, la cual permite el conocimiento y análisis de fenómenos complejos, subjetivos y poco comunicables debido a la naturaleza sensible de las vivencias de las personas involucradas<sup>24</sup>. Se consideró un diseño de carácter exploratorio-descriptivo. El carácter exploratorio se debe a que se abordó un fenómeno poco estudiado y el descriptivo a que se buscó realizar descripciones detalladas y acuciosas del fenómeno de estudio.

### Técnica de producción de datos

Entrevista individual semi-estructurada centrada en las experiencias particulares de los participantes<sup>25</sup>. Las entrevistas fueron guiadas a partir de una pregunta principal: ¿Cómo fue la experiencia de atender a personas que sufrieron violencia policial en el Estallido Social?

### Participantes del estudio

Los participantes fueron seis profesionales de salud mental (1 psicóloga y 5 psicólogos) que atendieron víctimas de violencia policial tras el Estallido Social. Tres psicólogos trabajaron, de manera voluntaria, en la ciudad de Santiago, desde la contingencia, conteniendo y acompañando a víctimas de violencia policial y a sus familiares. Un psicólogo, realizó intervención en crisis con adolescentes y adultos/as víctimas de violencia policial en Valparaíso. Los otros dos profesionales, proporcionaron atención psicoterapéutica durante un año, en el marco de un proyecto Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) en Valparaíso. Todos los participantes poseen formación de postítulo y experiencia en el área clínica de la psicología, sin embargo no cuentan con formación específica en abordaje de las violaciones a los DD.HH.

### Procedimiento

El proyecto FONIS SA 2010114, que permitió la producción y análisis de datos, fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Científica (CEC) de la Universidad de Valparaíso. Luego de contar con la aprobación del CEC, se contactó e invitó a potenciales participantes, por medio de redes de informantes clave. Con quienes aceptaron participar se acordó un horario a convenir para la realización de la entrevista. Estas se realizaron en modalidad virtual, a través de las plataformas Meet y Zoom, durante el segundo semestre del 2021. Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas íntegramente por un transcriptor.

### Análisis de datos

El análisis se realizó a partir de un proceso de conceptualización, reducción y relación de los datos basado en la Grounded Theory, lo que permitió la construcción de dimensiones transversales que permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación<sup>26</sup>.

## RESULTADOS

Los participantes relataron diversas experiencias asociadas a la atención psicoterapéutica de víctimas-sobrevivientes de violaciones a los derechos humanos tras el Estallido Social en Chile. A pesar de que cada una de las intervenciones fue singular, los y las profesionales comparten características que se vinculan con un compromiso individual de carácter ético-político con los derechos humanos, dando cuenta de falencias en la formación académica en psicología y de vacíos en la atención en salud mental en Chile.

### Experiencias de atención psicoterapéutica

Los participantes vivenciaron el proceso terapéutico de diversas formas. No obstante, una coincidencia que se pudo evidenciar fue el fuerte desgaste profesional que generaron estas experiencias, provocando principalmente sentimientos de impotencia, frustración, afectación, dolor y agotamiento en los profesionales.

*“ojalá uno no tuviese que ver tanta violencia, ojalá no existiera eso ¡Cómo tanta deshumanización!... Uno dice ¿Por qué tanto?, ¿Hasta dónde? (...).”*  
(E. 1, párrafo (en adelante, p) 81).

*“(...) inaceptable, desgarrador, o sea algo que no debería pasar en ninguna parte del mundo (...).”*  
(E. 2, p. 138).

*“(...) me pasa junto con la frustración que me conecto con una sensación de mucho agote y además de mucho agote, con un tanto de desesperanza (...)” (E. 4, p. 33).*

Los psicólogos enfrentaron esta experiencia como un desafío en su rol de psicoterapeutas que les exigió fortaleza, experiencia y criterio, donde el acompañamiento y la escucha jugaron un rol fundamental.

*“(...) yo no sé si hace veinte años hubiese estado preparado para eso... creo que hay algunos aspectos asociados a la justicia, asociados al daño, que uno tiene que estar como terapeuta bien parado para poder recibir y acoger (...)” (E. 5, p. 27).*

*“(...) yo siento que fue un espacio de mucha escucha y de mucha necesidad del otro de ser visto, de ser escuchado, y donde el rol terapéutico es más bien pasivo, más bien como de escuchar, de aceptar, de acompañar, más que de estimular la profundización, o de interpretar (...)” (E. 2, p. 24).*

El hecho de reconocer a las víctimas más allá de la situación represiva, por sus historias de vida, fue clave en el vínculo terapéutico.

*“(...) de alguna forma deja de ser la víctima del trauma ocular, de nuevo empieza a ser una paciente con nombre, con historia, con vivencias cotidianas, con decisiones (...)” (E. 5, p. 44).*

Los profesionales observaron en las personas que atendieron, sintomatología diversa, a saber: estrés, ansiedad, angustia y síntomas depresivos. Encontrándose asociada a los hechos de violencia vivenciados, todo ello afectó profundamente la salud mental de las víctimas-sobrevivientes y sus familiares.

*“(...) montos muy altos de ansiedad. Angustia en distintos contextos, en particular también en contextos que remiten a las situaciones traumáticas como lo puede ser, por ejemplo, una marcha” (E. 4, p. 72).*

Los psicólogos coinciden en señalar la existencia de una experiencia traumática asociada a los acontecimientos de violencia policial. Algunos de ellos definen este concepto desde el paradigma biomédico, refiriendo trastorno de estrés postraumático según sus criterios diagnósticos.

*“Cuando hay terror de Estado, queda la sensación de shock emocional o trastorno de estrés postraumático, que es lo que uno ve en las personas” (E. 1, p. 66).*

Otros participantes, refieren que las experiencias de las víctimas-sobrevivientes del Estallido Social pueden ser mejor descritas por el paradigma psicosocial, esto ya que según este tanto el origen como las consecuencias del trauma se encuentran en lo social.

*“Lo que genera trauma, es algo así como la fracturación del lazo social (...) por ejemplo, situaciones de trauma a propósito de violencia institucional, estatal, policial, es muy fácil fantasear que con la persona que tengo al lado, es un enemigo, ¿no?” (E. 4, p. 44).*

*“Cuando es el Estado quien genera ese trauma es súper complejo porque se menoscaba la confianza, que eso siempre ocurre en el trauma, pero además, la confianza en el sistema, o sea, es que eso es terrible” (E. 1, p. 67).*

Sobre el proceso psicoterapéutico, los participantes evidencian ciertos logros. Sin embargo, a pesar de estos, existe un sentimiento de incertidumbre frente al trabajo realizado, ya que en vivencias de este tipo se ve como complejo el imaginar la reparación como algo factible de realizar.

*“(...) logré ver un poco más de calma, no de ausencia de pena, pero si como de al menos, menor intensidad” (E. 2, p. 86).*

*“(...) No sólo es pequeñito el trabajo que hago, sino que es tan complejo, tan difícil, es tan extenso que en verdad se vuelve imposible imaginar que lo que yo pueda hacer va a ser algo que va a reparar (...)” (E. 4, p. 34).*

*“Creo que ha habido una reducción de síntomas importantes pero me costaría pensar en si han habido resignificaciones propiamente tal (...)” (E. 5, p. 104).*

### Formas de intervención

Los participantes se movilizaron principalmente desde el actuar individual, de forma activa, para apoyar y acompañar a quienes lo necesitaban dentro de las posibilidades que les brindaban sus espacios de trabajo y sus redes. Existieron casos donde la atención se brindó a partir de una intervención en crisis, enfocadas en el abordaje familiar, involucrando un trabajo interdisciplinar.

*“Uno le da espacio para ir pensando en el duelo, o sea, en un duelo que acaba de comenzar, dando*

espacio en el fondo para detectar, quizás, si había alguien de esos familiares que necesitaba con urgencia una atención" (E. 1, p. 71).

Se propició que las intervenciones desde lo familiar estuvieran dirigidas a legitimar a las víctimas-sobrevivientes, generar apoyo intrafamiliar y fortalecer los espacios de escucha y acompañamiento entre ellos.

"(...) ayudamos a que entre ellos se potenciaran como red y buscaran apoyo entre ellos." (E. 2, p. 48).

"(...) había demanda de parte de ellos, eso ayudó harto, entonces otra persona de la familia le decía "mira viene el psicólogo". La idea es que el psicólogo ofrezca un espacio para lidiar con todo esto que nos está afectando mucho" (E. 6, p. 73).

Además, las intervenciones individuales buscaban resignificar experiencias previas, desde la multiplicidad de voces en el espacio terapéutico y técnicas más bien expresivas y enfocadas en la formación del vínculo y la contención.

"El acompañamiento tuvo que ver más con duelo, con contención, con resimbolizar, resignificar todas las cosas que estaban pasando" (E. 2, p. 48).

"(...) el trabajo de lo traumático muchas veces tiene que ver con resignificar esas experiencias previas también" (E. 5, p. 79).

"(...) era más fácil, trabajar desde la contención o desde la empatía, desde entregar un poco de tranquilidad" (E. 3, p. 262).

La contención y resignificación de la pérdida fue transversal en la atención de los profesionales. Así como también, varios psicólogos evidenciaron la importancia del trabajo en red, intervenir con apoyo de un equipo multi enfoque que permitiera ampliar la mirada del proceso que se estaba llevando a cabo.

"Nos encontramos con un grupo diverso, con diferentes perspectivas de vida (...) entonces fuimos complementándonos multi enfoque" (E. 2, p. 76).

"Yo he ocupado mucho el "el equipo piensa", y es traer al equipo a la sesión. Yo creo que eso ha sido súper enriquecedor para la paciente..." (E. 5, p. 114).

"Se trabaja muy desde las redes, o sea, por ejemplo, teníamos personas que trabajan en el sistema público, entonces se aceleraba internamente (...) por ejemplo, atención psiquiátrica" (E. 1, p. 71).

### Consideraciones para evitar la revictimización

Dentro de las experiencias, podemos identificar un enorme cuidado por parte de los participantes por no revictimizar a los afectados, manifestando esto explícitamente en las entrevistas y que se vio reflejado en las acciones realizadas para lograr este objetivo.

"(...) entonces, también era como lo que nosotros velábamos, era que nuestras intervenciones no fuesen más revictimizadoras, porque todo lo que atravesaban era inhumano..." (E. 1, p. 71).

"(...) nosotros hacíamos esta triada que te contaba recién, justamente para no revictimizar a la persona" (E. 3, p. 258).

Asimismo, desde esta preocupación por no revictimizar, se pudo observar cierta preocupación por parte de uno de los profesionales hacia los medios de comunicación, los cuales, él manifiesta, conocen el riesgo de revictimización a través de sus intervenciones.

"(...) lo que pasó fue que estos equipos de prensa callejera (...) iban a hacer entrevistas, pero también eran bien inconscientes de lo que podían desencadenar, que podía ser revictimizador para las familias o para las mismas personas de trauma ocular. Podía ser revictimizador hablar de lo que estaba pasando." (E. 1, p. 59).

Por otro lado, existe un sentimiento de ambivalencia y cuestionamiento respecto de la capacidad de intervenir a una víctima de violencia con el trauma que aquello implica, sin causar una revictimización en ésta, durante el proceso terapéutico.

"(...) al principio yo creo que hay mucha necesidad el otro de ser escuchado, pero también son personas que han pasado por el sistema, es como la concreción de la revictimización secundaria (...) Yo he trabajado con víctimas muchos años y no sé si es posible que no haya revictimización secundaria, o sea, creo que sobre todo en las pretensiones judiciales, implican un paso que es doloroso por se..." (E. 5, p. 35).

## Autocuidado del profesional de la psicología

La relación en un proceso psicoterapéutico es una relación entre personas; el paciente, su familia y el psicólogo. El paciente espera del profesional su experticia técnica, pero además su disposición humana. En tanto el psicólogo, en su deseo de satisfacer esta demanda, puede verse sobreexigido emocionalmente frente al dolor y las expectativas de su paciente, exponiéndolo al riesgo de desarrollar importantes niveles de estrés y desgaste asociado a esta demanda de ayuda, lo que atentaría directamente contra la posibilidad de procurar una relación clínica de calidad. Así los participantes del estudio señalan que tuvieron necesidad de autocuidado profesional, dado las características de las experiencias que estaban abordando en el espacio terapéutico, cargadas de violencia, dolor y estrés.

*“El autocuidado es importante para poder trabajar en situaciones de tanta vulneración” (E. 1, p. 49).*

*“Nos contuvimos harto como grupo, dentro como de lo emocional y hubo harta iniciativa como de llevarlo a algo más concreto, como de auto... o sea, como de autocuidado, como más organizado y todo” (E. 2, p. 80).*

*“(…) también había otros colegas que también estaban muy afectados por el estallido, entonces tampoco podían brindar atenciones, porque esto era complejo” (E. 1, p. 52).*

Por otro lado, el tema del autocuidado surgió desde otra mirada, manifestando la necesidad que tuvieron, al momento de estar realizando el trabajo de apoyo a víctimas-sobrevivientes, de mantener bajo perfil por el temor de poner en riesgo su propia integridad física o la labor que estaban llevando a cabo como profesionales.

*“Fueron difusiones, así como por Instagram, pero después empezó a pasar que se supo que habían carabineros infiltrados y que efectivamente había que cuidarse más” (E. 1, p. 64).*

## Rol profesional

Se hizo imperativo posicionarse ética y políticamente desde su propia experiencia personal, lo que les motivaba a involucrarse profesionalmente en experiencias de esta índole.

*“Para intervenir con estas personas tienes que estar posicionada con ellas para generar una empatía real, no como un ejercicio profesional, o sea, yo igual creo que nadie que no empatizara con estas causas se acercaría a trabajar con ellos” (E. 2, p. 130).*

*“En especial, además porque son temas que me movilizan de manera personal, y ahí está también lo de la persona del terapeuta” (E. 4, p. 25).*

*“Fue un espacio que me emocionó harto también a mí, un espacio que me vuelve a implicar a mí también en por qué chucha estoy metido en lo que estoy metido. Al menos la implicación y el compromiso que yo tengo es con las historias de la gente y con la posibilidad de poder resignificar esa historia o darle un lugar” (E. 6, p. 60).*

También, se destaca la necesidad de abordar la psicoterapia desde conocimientos históricos, políticos y legales, así como la empatía y la ética desde lo relacional, y movilizarse de manera activa en concordancia con esto. Siendo relevante la construcción de una relación terapéutica de confianza.

*“Es bien particular de cada terapeuta, pero sí desde mi perspectiva hay algo transversal, una sensibilidad social y una conciencia como de clase, de lucha también. Mirar el trabajo muy como Martín Baró, mirar que efectivamente uno es una persona activa, uno tiene que hacer algo, o sea, no basta solamente con tener una perspectiva crítica...” (E. 1, p. 77).*

*“No desconocer que si yo voy a atender a alguien que fue víctima de violencia policial para la revuelta y desconozco la situación, el contexto, es súper difícil que yo pueda ayudar” (E. 1, p. 85).*

## DISCUSIÓN

Tras el Estallido Social de octubre del 2019, se ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer frente a nuevas y masivas formas de expresión de la violencia estatal; particularmente para los efectos psicológicos que ha tenido ésta sobre adolescentes y jóvenes, quienes han protagonizado el movimiento social.

La literatura en psicoterapia reconoce que este es un grupo de especial interés en cuanto no tienden a solicitar espontáneamente de servicios psicológicos, el vínculo terapéutico es particularmente difícil de establecer, las intervenciones incorporan diversas fuentes de información (escuela, padres, amigos, entre otros)<sup>31</sup>. También se reconoce que la adolescencia es un momento especialmente sensible para el desarrollo psicológico, en el cual la exposición a situaciones de elevado estrés, pueden reactivar o generar condiciones de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología<sup>32</sup>. Este aspecto es relevante cuando se relaciona con situaciones de trauma, pues la falta expresión del mismo, a partir de mecanismos disociativos, puede llevar a los jóvenes a mantener conductas de riesgo<sup>33</sup>, que a simple vista no se relacionan al trauma original y, por tanto, no son atendidas por los profesionales de salud.

En este punto es importante relevar que los efectos del trauma, en este caso político, no sólo pueden evolucionar en psicopatología, sino que también dejar su marca a nivel transgeneracional<sup>34</sup>. En definitiva, contar con profesionales que atiendan de manera contingente las necesidades de los jóvenes y los ayuden a comprender, junto a sus familias, desde sus propios marcos de inteligibilidad, el impacto que tiene la violencia, se convierte en un factor protector para su desarrollo psicológico.

De esta manera, desarrollar intervenciones a la medida de las necesidades emergentes de la población resulta un desafío importante para las y los profesionales de la salud mental, que en la actualidad no cuentan con formación adecuada, ni modelos de intervención reparatoria específicamente diseñados para esta población. La violencia política ejercida por agentes del Estado, tiene un arraigo social y de poder importante, y por tanto requieren de dispositivos específicos que tomen en consideración esto.

En cuatro de los seis casos analizados en el presente estudio, el trabajo de atención psicoterapéutica surgió de manera espontánea, autoconvocada y solidaria por parte de los y las profesionales psicólogos, enfrentados a las exigencias y tensiones asociadas a

las condiciones contextuales, debido al decreto de "Estado de Excepción Constitucional"<sup>27</sup>. Lo adverso y amenazante del contexto político-social no frenó la participación activa de los y las profesionales, lo que da cuenta de un posicionamiento ético y político fuerte, comprometido con el paradigma de los derechos humanos. Es decir, asumiendo que la atención de salud mental debe estar centrada en la persona, que el Estado debe asegurar el acceso a la salud a todas las personas, sin discriminación alguna, y que la salud se ve condicionada por otros derechos humanos fundamentales, como el acceso a los servicios básicos, a alimentos adecuados, a una vivienda digna, a la educación y a condiciones de trabajo seguras.

En el espacio psicoterapéutico se buscó brindar reconocimiento a las personas y a su vivencia, a pesar de no contar con formación profesional ni experiencia previa en el abordaje de violencia policial y pese a compartir la afectación por los altos índices de violencia policial que se estaban experimentando en distintas ciudades de Chile.

En el ejercicio psicoterapéutico, relatado por las y los psicólogos, se distinguen las propuestas teóricas asociadas a la atención psicológica de víctimas-sobrevivientes de la represión en dictadura cívico-militar chilena. Las cuales establecen que la asistencia psicológica debe sustentarse en un reconocimiento del doble carácter de las consecuencias de las violaciones a los derechos humanos: por una parte, los efectos emocionales y materiales y por otra la significación política.

Si bien cada profesional entrevistado, tuvo una aproximación diferente y muchas veces creativa de la psicoterapia, todos asumieron la tarea del doble reconocimiento de las consecuencias de las violaciones a los DD.HH. Mientras algunos trabajaron desde la visión tradicional de psicoterapia individual, otros incluyeron estrategias de la psicología social-comunitaria, pero que incluían el doble reconocimiento<sup>28</sup>.

A partir de los resultados del estudio, es posible afirmar que la atención de víctimas-sobrevivientes de violencia policial es complejo y desafiante, y requiere no solo de un trabajo en equipo interdisciplinario si no de una estructura institucional fuerte.

Debido a la cercanía temporal con la crisis mundial ocasionada por el COVID-19, el fenómeno de la violencia tras el Estallido Social no ha sido suficientemente estudiado. Se espera que esta investigación pueda contribuir tanto a la memoria histórica como a sensibilizar sobre el abordaje de la formación en salud y derechos humanos.

Por último, se considera importante desarrollar nuevos estudios que profundicen en las experiencias de atención psicoterapéutica a víctimas de violencia policial, esto debido a los posibles efectos a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saldías K., Molina N., Sagredo O. Estallido Social, agenda de seguridad y represión política. Chile y el viraje autoritario en "cámara lenta". En: Gamboa D, Arredondo E, Cazorla K. Chile entre estallidos, revueltas, demandas y pandemias: Reflexiones desde la Cultura Política, Memoria y Derechos Humanos. Valparaíso, Chile: CEI-CPMDH; 2021. p. 59-88.
2. Sandoval J., Hatibovic F. (2021). ¿Son las emociones predictoras de las acciones de protesta? Ira, miedo y esperanza durante la revuelta social chilena. En: Gamboa D, Arredondo E, Cazorla K. Chile entre estallidos, revueltas, demandas y pandemias: Reflexiones desde la Cultura Política, Memoria y Derechos Humanos. Valparaíso, Chile: CEI-CPMDH; 2021. p.39-58.
3. Organización de las Naciones Unidas. Informe sobre la Misión a Chile 20 de octubre – 22 de noviembre de 2019. Chile: OMS; 2019. Disponible en [https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report\\_Chile\\_2019\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Countries/CL/Report_Chile_2019_SP.pdf)
4. Amnistía Internacional. Chile: Ojos sobre Chile: Violencia policial y responsabilidad de mando durante el Estallido Social. Chile: Amnistía Internacional; 2020 Disponible en [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=\\*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=\\*&fo=and&fq=mssearch\\_fld13&fv=AMR22313320&fo=and&fq=mssearch\\_mlt98&fv=gseg01&fo=and](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=0&rows=1&sort=fecha%20desc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch_fld13&fv=AMR22313320&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and)
5. Organización de los Estados Americanos. CIDH culmina visita a Chile y presenta sus observaciones y recomendaciones preliminares. OEA. 4 de febrero. Disponible en [www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/018.asp](http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/018.asp)
6. Portocarrero J., Saldaña J. La violencia de las leyes: el uso de la fuerza y la criminalización de protestas socioambientales en el Perú. Derecho PUCP. 2017;(79):311-352. Disponible en <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/19329/19456>
7. Madariaga C. El "Estallido social" y la salud mental de la ciudadanía: Una apreciación desde la experiencia PRAIS. Revista Chilena de Salud Pública. 2020;23(2):146-156. Disponible en <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/issue/view/5341/N%C3%9AMERO%20COMPLETO>
8. Weibel M. Fiscalía ya cerró sin formalizados el 46% de las causas por violaciones de DD.HH. ocurridas en el Estallido Social: 3.050 casos. CIPER. 2021. Disponible en <https://www.ciperchile.cl/2021/03/12/fiscalia-ya-cerro-sin-formalizados-el-46-de-las-causas-por-violaciones-de-dd-hh-ocurridas-en-el-estallido-social-3-050-casos/>
9. Acevedo L. Violaciones a los derechos humanos tras el Estallido Social. Diario Constitucional. 2022. Disponible en <https://www.diarioconstitucional.cl/articulos/violaciones-a-los-derechos-humanos-tras-el-estallido-social/>
10. Faúndez X, Cornejo M, Brackelaire J. Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial: Imágenes de la Detención de Presos Políticos de la Dictadura Militar Chilena Reconstruidas por los Nietos. Psykh. 2013;22(2): 83-95. Disponible en [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282013000200007&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282013000200007&script=sci_arttext)
11. Becker D, Castillo I, Gómez E, Kovalskys J, Lira E. Psicopatología y proceso psicoterapéutico de situaciones políticas traumáticas. En: Martín-Baró I, editor, Psicología social de la guerra: trauma y terapia. San Salvador: UCA Editores; 1990. p.46-52.
12. Lira E, Weinstein E. La tortura, manifestaciones y consecuencias a nivel psicológico. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 1987;25: 175-178.
13. Koupil I, Shestov DB, Sparén P, Plavinskaja S, Parfenova N, Vågerö D. Blood pressure, hypertension and mortality from circulatory disease in men and women who survived the siege of Leningrad. Eur J Epidemiol. 2007;22(4):223-34. doi:10.1007/s10654-007-9113-6.
14. Den Velde WO, Deeg DJH, Hovens JE, van Duijn MAJ, Aarts PGH. War Stress and Late-Life Mortality in World War II Male Civilian Resistance Veterans. Psychol Rep. 2011;108(2):437-48. doi: 10.2466/02.10.16. PR0.108.2.437-448.
15. Vio F. (1993). Atención médica clínica de pacientes traumatizados extremos atendidos en el ILAS. Manuscrito no publicado.
16. Jorquera MJ, Madariaga C, Burrone MS, Tapia E, Colantonio L, Alvarado R. Estudio descriptivo de mortalidad en sobrevivientes de tortura y prisión política en el periodo de la dictadura militar en Chile, 1973-1990. Rev Med Chile. 2020;148:1773-1780. Disponible en [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872020001201773&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872020001201773&script=sci_arttext)
17. Fernandez, A. & Rodríguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia. Madrid: Desclee de Brouwer.

18. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5a Ed. Arlington, VA: Editorial Medica Panamericana; 2014.
19. Castillo M, Cruz G, Díaz M, Fischer C, Gómez E, Kovalskys J. Trauma Político y la Transmisión Transgeneracional del Daño. Chile: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS); 2019.
20. Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud y Derechos Humanos. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
21. Naciones Unidas. Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos y penas crueles, inhumanos o degradantes. Nueva York y Ginebra: Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2004.
22. Brinkmann B. La labor de CINTRAS en el contexto de los derechos humanos en Chile. En: Kersner D, Jorge M, Madariaga C, Martin A, editores. Paisajes de dolor, senderos de esperanza. 1ed. Buenos aires, Argentina; 2002. 45-61.
23. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Bienvenido a ILAS [Internet]. Santiago, Chile: ILAS; 2017. [citado 20 oct 2021]. Disponible en <http://ilas.cl/index.html>
24. Lira E. Trauma, duelo, reparación y memoria. Revista de Estudios Sociales. 2010;(36):14-28. Disponible en
25. Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación. 1995;7:19-39. Disponible en <http://www.europhd.net/bibliographic-item/la-investigaci%C3%B3n-cualitativa-un-campo-de-posibilidades-y-desaf%C3%ADos>
26. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, España: Ediciones Morata; 2007.
27. Glaser G, Strauss L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Hawthorne, N.Y: Aldine de Gruyter; 1967.
28. Avendaño O. Estallido Social en Chile: Los Dilemas Políticos desde Octubre del 2019. Política. Revista de Ciencia Política. 2019;57(2):105-119. Disponible en <https://revistas.uchile.cl/index.php/RP/article/download/61558/67671/>
29. Martín C. Acompañar los procesos con las víctimas: atención psicosocial en las violaciones de derechos humanos. 1 ed. Colombia: Fondo de Justicia Transicional; 2012.
30. Madariaga C. Retraumatización: Hacia una conceptualización necesaria. <https://www.cintras.org/textos/reflexion/r32/retraumatizacion.pdf>
31. Weisz, J.; Yi, M.; Rutt, C.; Lau, N., & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. En Lambert (Ed.). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Sixth Edition. New Jersey: Wiley.
32. Steinberg, L., Dahl, R., Keating, D., Kupfer, D. J., Masten, A. S., & Pine, D. S. (2006). The study of developmental psychopathology in adolescence: Integrating affective neuroscience with the study of context. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Developmental neuroscience (p. 710–741). John Wiley & Sons Inc.
33. Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma—an overview of conceptual issues and neurobiological factors. Nordic journal of psychiatry, 59(2), 79-91.
34. Faúndez, X. (2013). Transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de ex presos políticos de la dictadura militar chilena 1973-1990: Transmisión y apropiación de la historia de prisión política y tortura. (Tesis de Doctorado no publicada), Pontificia Universidad Católica de Chile.

## MACROZONA Y ÁMBITO EDUCACIONAL COMO FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES MAPUCHE DE CHILE

MACROZONE AND EDUCATIONAL ENVIRONMENT AS FACTORS ASSOCIATED WITH GENDER VIOLENCE IN MAPUCHE WOMEN OF CHILE

### RESUMEN

**Introducción:** La violencia de género es un grave problema de salud pública, por su extensión, magnitud, y consecuencias. Este fenómeno afecta de manera desproporcionada a mujeres que pertenecen a minorías étnicas. El objetivo de este estudio es determinar frecuencia y factores asociados a la violencia de género en mujeres mapuche en Chile año 2020.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico de corte transversal. Los datos provienen de la IV Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales en Chile (2020). Se realizó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra de estudio ( $n=7735$ ), estadística bivariada para analizar los tipos y ámbitos de violencia de género y un modelo multivariado para ajustar por variables de interés.

**Resultados:** El 52,9% (OR:1,76; IC:1,37-2,26) de mujeres Mapuche reportaron violencia general (física, sexual y psicológica) durante su vida, comparado con el 39,7% de mujeres no Mapuche. Las mujeres Mapuche presentan una menor probabilidad (OR:0,15; IC:0,03-0,78) de sufrir violencia en el ámbito educativo, y la variable Macrozona aumenta la violencia en mujeres Mapuche (OR:1,76; IC:1,37-2,26).

**Discusión:** Las mujeres Mapuche reportan mayor violencia de género que mujeres no Mapuche, la cual está asociada a la variable macrozona.

**Palabras claves:** Violencia de género, Mujeres Mapuche, Grupos étnicos, Análisis cuantitativo, Minorías étnicas y raciales.

### ABSTRACT

**Introduction:** Gender violence is a serious public health problem, due to its extension, magnitude and consequences. This phenomenon disproportionately affects women belonging to ethnic minorities.

**Objective:** Determine frequency and factors associated with gender violence in Mapuche women in Chile in 2020.

**Materials and methods:** Cross-sectional analytical observational study. The data comes from the IV National Survey of Domestic Violence and Sexual Crimes in Chile (2020). Descriptive statistics were used to characterize the study sample ( $n=7735$ ), bivariate statistics to analyze the types and environment of gender violence, and a multivariate model to adjust for variables of interest.

**Results:** 52.9% (OR:1.76; CI:1.37-2.26) of Mapuche women reported general violence (physical, sexual and psychological) during their lives, compared to 39.7% of non Mapuche women. Mapuche women have a lower probability (OR:0.15; CI:0.03-0.78) of suffering violence in the educational environment, and the Macrozone variable increases violence in Mapuche women (OR:1.76; CI :1.37-2.26).

**Discussion:** Mapuche women report greater gender violence than non-Mapuche women, which is associated with the macrozone variable.

**Keywords:** Gender violence, Mapuche women, Ethnic groups, Quantitative analysis, Ethnic and racial minorities.

Antipichún Andy

Universidad Mayor Temuco Chile,  
Núcleo Milenio SocioMed.  
andygonzalo@gmail.com

Poblete Camila

Hospital de Salamanca, Chile

Rocha-Jiménez Teresita

Escuela de Psicología, Facultad de  
Ciencias Sociales y Artes, Universi-  
dad Mayor, Santiago, Chile y Núcleo  
Milenio SocioMed.

Recibido el 18-04-2023

Aprobado el 11-12-2023

## INTRODUCCIÓN

La Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) entiende como violencia contra la mujer a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la vida privada<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor del 35% de las mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida<sup>2</sup>. Esta violencia de pareja y la violencia sexual ocasiona graves problemas de salud a corto y largo plazo, afectando a hijos y generando un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad<sup>2</sup>.

La violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no sólo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se suele denominar “capital social”<sup>3</sup>.

La encuesta nacional de violencia intrafamiliar contra la mujer y delitos sexuales en Chile (ENVIF 2020)<sup>4</sup>, determina que 41,4% de las mujeres del país han sufrido algún tipo de violencia durante su vida. Un 3,7% de mujeres declaran haber vivido violencia física en el último año. Lo que si bien parece un porcentaje menor resulta significativo, pues se trata de una de las formas más extremas de violencia. Durante el año 2020 hubo 43 femicidios consumados y 151 femicidios frustrados<sup>5</sup>. En general, las mujeres son principalmente violentadas en el espacio público, concentrando el 46,9% de la violencia que las mujeres declaran haber vivido en algún momento de su vida<sup>4</sup>.

Chile es un país diverso, donde el 12,5% de la población chilena se considera perteneciente a un pueblo indígena u originario, dentro de los cuales la etnia mapuche alcanza un 79,8%<sup>6</sup>.

A pesar del alto porcentaje de pertenencia étnica mapuche, no existen cifras oficiales que comparen la violencia de género entre mujeres mapuche y no mapuche. Esto se correlaciona a nivel mundial con la ausencia de estimaciones exactas sobre la incidencia y prevalencia de la violencia de género entre las mujeres indígenas debido a la limitada divulgación de información en esta población<sup>7,8</sup>.

En la ENVIF se considera pertinencia étnica dentro de sus preguntas, pero no se desagregan los datos, y la no existencia de reportes epidemiológicos que cuantifiquen la violencia de género en contra de mujeres mapuche hace imposible entablar políticas públicas con enfoque intercultural. El Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) recomienda al Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género y a la Subsecretaría de Prevención del Delito que su ENVIF considere en la muestra a mujeres de zonas rurales y que en sus análisis se desagregue por pertenencia étnica, mujeres urbanas y rurales<sup>9</sup>.

El objetivo del presente estudio exploratorio es determinar la frecuencia y analizar qué factores están asociados con la violencia de género en mujeres mapuche en Chile.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Los tipos de violencia que se analizarán en el siguiente estudio son: la violencia física, psicológica, sexual, económica y general (incluye las categorías de violencia psicológica, física y sexual). Los ámbitos a analizar son: espacios públicos, laboral y educativo (cabe destacar además que los datos de violencia no ajustados por los ámbitos antes mencionados, ocurren dentro del espacio intrafamiliar).

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal con análisis en base de datos secundaria. El tamaño muestral corresponde a 7735 participantes de todas las regiones del país incluidas en la ENVIF 2020<sup>4</sup>, la muestra corresponde a mujeres de 15 y más años, residentes de zonas urbanas. Se excluyeron a mujeres extranjeras de la muestra y el número de participantes considerado en este análisis es de 7397.

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la muestra de estudio con tablas de frecuencias (IC 95%) incluyendo las variables pertenencia mapuche, tramos etarios (TE), nivel socioeconómico (NSE), nivel educacional (NE) y macrozona (MZ), siendo esta última una división geográfica del país. La MZ Norte es la zona comprendida entre la región de Arica y Parícuta y Atacama; la MZ Centro entre las regiones de Coquimbo y Valparaíso; la MZ Centro Sur entre las regiones de O'Higgins y Biobío; la MZ Sur entre la Región de La Araucanía y Los Ríos; y la MZ Austral comprende a las regiones de Aysén y Magallanes.

Para asociar los tipos y ámbitos de la violencia que ocurren fuera del espacio intrafamiliar (ámbito laboral, educativo y espacios públicos), se realizó estadística descriptiva, además de realizar estadística bivariada

con factor de expansión aplicado y estadísticos de contraste de independencia entre filas y columnas, representado en Modelo 1.

Se analizaron las frecuencias de violencia de género entre los grupos con los tipos de violencia, ámbitos de violencia, y las características sociodemográficas (TE, NSE, NE y MZ). Se utilizó estadística multivariada con un análisis de regresión logística para cada variable dependiente, en donde se realizaron dos modelos, uno sobre violencia sufrida el último año y otro durante toda su vida. El nivel de significancia aceptado fue de  $p \leq 0,05$ . Se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 - 2019. Se aplicó un factor de expansión incluido en la base de datos.

## RESULTADOS

Del total de la muestra, 672 mujeres (9,08%) se consideran mapuche y 6725 no (90,91%). En la Tabla 1 se observan las características sociodemográficas, en ambos grupos el tramo etario de mayor porcentaje es desde los 26 a 45 años; al igual que el NSE bajo. Respecto a la educación, ambos grupos se caracterizan por ser media y técnica completa o incompleta alcanzando un 61,1% en las mujeres mapuche y un 59,1% en mujeres no mapuche. Finalmente, la distribución geográfica de mujeres mapuche se ve concentrada en la macrozona sur (38,4%) y las mujeres no mapuche en la Macrozona Centro-Sur (24,3%).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de las participantes Mapuche y no Mapuche en la ENVIF 2020

		Mapuche n° (%)	No Mapuche n° (%)	Total n° (%)
<b>Tramos Etarios</b>	15 a 25 años	110 (22,2)	869 (20,1)	979 (20,2)
	26 a 45 años	250 (38,1)	2104 (34,3)	2354 (34,6)
	46 a 65 años	253 (27,7)	2860 (30,3)	3113 (30,1)
	66 años y más	59 (12,0)	892 (15,4)	951 (15,1)
	Total	672 (100)	6725 (100)	7397 (100)
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Bajo	397 (56,0)	3638 (52,4)	4035 (52,7)
	Medio	236 (35,2)	2552 (37,8)	2788 (37,6)
	Alto	39 (8,9)	535 (9,8)	574 (9,7)
	Total	672 (100)	6725 (100)	7397 (100)
<b>Nivel Educativo</b>	Sin estudios	15 (1,9)	80 (1,0)	95 (1,1)
	Básica	150 (17,4)	1425 (19,0)	1575 (18,9)
	Media y técnica	394 (61,1)	3966 (59,1)	4360 (59,2)
	Superior	112 (19,6)	1248 (20,9)	1360 (20,8)
	Total	671 (100)	6719 (100)	7390* (100)
<b>Macrozonas</b>	Norte	37 (5,5)	1525 (22,7)	1562 (21,1)
	Centro	24 (3,6)	825 (12,3)	849 (11,5)
	Metropolitana	95 (14,1)	1073 (16)	1168 (15,8)
	Centro Sur	77 (11,5)	1634 (24,3)	1711 (23,1)
	Sur	258 (38,4)	1010 (15)	1268 (17,1)
	Austral	181 (26,9)	658 (9,8)	839 (11,3)
	Total	672 (100)	6725 (100)	7397 (100)

\* 7 casos perdidos ítem nivel educacional; los porcentajes se presentan con factor de expansión aplicado a excepción de macrozonas.

La tabla 2 reporta la frecuencia de los tipos y ámbitos de violencia en los grupos de estudio, es posible apreciar que, tanto en los últimos 12 meses como durante su vida, el grupo de mujeres mapuche declaró mayor violencia de todos los tipos. En los ámbitos

donde ocurre la violencia se aprecia algo similar, solo que en el ámbito educativo durante el último año las mujeres no mapuche declaran mayor violencia (1,1%) en comparación con mujeres mapuche (0,8%).

Tabla 2. Frecuencia de violencia de genero en población Mapuche y no Mapuche por tipos y ámbitos de violencia en el último año y durante su vida.

	<b>Mapuche</b>		<b>No Mapuche</b>	
	Ultimo año	Vida	Ultimo año	Vida
<b>Tipos de violencia</b>				
Psicológica	26,4 %	47,7 %	17,7 %	36,2 %
Física	4,9 %	22,6 %	3,1 %	15 %
Económica	12,8 %	-	8,8 %	-
Sexual	4,5 %	13 %	2,8 %	9,8 %
General	28 %	52,9 %	19,1 %	39,7 %
<b>Ámbitos de la violencia</b>				
Laboral	6,1 %	24,1 %	4,4 %	19 %
Educativo	0,1 %	24,6 %	1,1 %	17,6 %
Espacios públicos	25,2 %	56,8 %	14,7 %	43 %

En la Tabla 3 se puede observar que durante el último año mujeres mapuche presentaron una probabilidad (OR) estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) mayor para los tipos de violencia psicológica, económica y general (Modelo 1) en comparación con mujeres no mapuche. En el Modelo 2 (ajustado por TE) y 3 (ajustado por TE y NSE) los OR disminuyen en violen-

cia psicológica, física, sexual y general para el grupo mapuche. En el Modelo 4 donde se añade la variable NE los valores se mantienen, a diferencia del Modelo 5 donde la variable macrozona (MZ) genera que los valores aumentan drásticamente, dando resultados estadísticamente significativos para todos los tipos de violencia a excepción de la violencia física.

**Tabla 3. Asociación entre tipos de violencia y pertenencia Mapuche, mediante modelos progresivos de incorporación de variables en regresión logística (razón de disparidad de Mapuche/no Mapuche)**

	<b>Modelo 1</b> OR (IC:95%)	<b>Modelo 2</b> OR (IC:95%)	<b>Modelo 3</b> OR (IC:95%)	<b>Modelo 4</b> OR (IC:95%)	<b>Modelo 5</b> OR (IC:95%)
<b>Último Año</b>					
Psicológica	1,66 (1,25-2,21)*	1,62 (1,22-2,14)*	1,59 (1,20-2,10)*	1,59 (1,20-2,10)*	1,73 (1,29-2,32)*
Física	1,61 (0,90-2,88)	1,54 (0,85-2,77)	1,49 (0,83-2,69)	1,49 (0,83-2,67)	1,65 (0,89-3,06)
Económica	1,52 (1,03-2,26)*	1,53 (1,03-2,28)*	1,51 (1,02-2,24)*	1,49 (1,01-2,20)*	1,58 (1,06-2,38)*
Sexual	1,63 (0,88-3,02)	1,57 (0,85-2,90)	1,55 (0,84-2,86)	1,55 (0,84-2,87)	1,90 (0,99-3,65)*
General	1,64 (1,24-2,17)*	1,60 (1,21-2,10)*	1,57 (1,19-2,05)*	1,57 (1,20-2,06)*	1,72 (1,29-2,28)*
<b>Vida</b>					
Psicológica	1,60 (1,25-2,04)*	1,57 (1,24-2,00)*	1,55 (1,22-1,98)*	1,55 (1,22-1,98)*	1,66 (1,29-2,13)*
Física	1,65 (1,22-2,22)*	1,65 (1,23-2,23)*	1,62 (1,20-2,20)*	1,62 (1,20-2,20)*	1,67 (2,22-2,29)*
Sexual	1,38 (0,97-1,96)	1,42 (1,00-2,02)	1,39 (0,98-1,99)	1,40 (0,98-1,99)	1,44 (1,00-2,08)*
General	1,70 (1,34-2,16)*	1,68 (1,32-2,14)*	1,66 (1,30-2,11)*	1,66 (1,30-2,11)*	1,76 (1,37-2,26)*

Los OR son presentados como probabilidad de mapuche/no mapuche; \* p valor  $< 0,05$ ; Modelo 1: violencia / pertinencia étnica; Modelo 2: ajustado por TE; Modelo 3: ajustado por TE + NSE; Modelo 4: ajustado por TE + NSE + NE; Modelo 5: Ajustado por TE + NSE + NE y MZ.

Durante su vida las mujeres mapuche reportan mayor violencia psicológica, física y general con valores significativos ( $p < 0,05$ ). En los modelos 2 y 3 disminuyen las probabilidades; el modelo 4 mantiene en general los valores y el modelo 5 ajustado por todas las variables, genera que las probabilidades aumenten, dando valores estadísticamente significativos en todos los tipos de violencia.

Para realizar el análisis entre los ámbitos de la violencia y los grupos de estudio se utilizó la misma estrategia anterior de modelos progresivos de incorporación de variables (Tabla 4), generando como resultado

durante los últimos 12 meses una probabilidad de violencia en el ámbito educativo menor en las mujeres mapuche en comparación con mujeres no mapuche el cual se mantiene con valores estadísticamente significativos en todos los demás modelos, en el ámbito espacios públicos se puede observar mayor reporte en el grupo de mujeres mapuche en la totalidad de modelos realizados, con un aumento significativo en el modelo 5 (OR=2,16; IC= 1,57-2,99), en el ámbito laboral los OR son positivos pero con IC amplios que no son estadísticamente significativos.

**Tabla 4. Asociación entre ámbitos de violencia y grupo étnico, mediante modelo progresivo de incorporación de variables en regresión logística (razón de disparidad Mapuche/ no Mapuche)**

	Modelo 1 OR (IC:95%)	Modelo 2 OR (IC:95%)	Modelo 3 OR (IC:95%)	Modelo 4 OR (IC:95%)	Modelo 5 OR (IC:95%)
<b>Último Año</b>					
Laboral	1,42 (0,84-2,40)	1,38 (0,81-2,35)	1,37 (0,79-2,34)	1,37 (0,80-2,37)	1,43 (0,81-2,53)
Educativo	0,12 (0,02-0,58)*	0,11 (0,02-0,52)*	0,11 (0,02-0,54)*	0,11 (0,02-0,53)*	0,15 (0,03-0,78)*
Espacios públicos	1,95 (1,41-2,69)*	1,93 (1,41-2,66)*	1,98 (1,45-2,70)*	1,98 (1,45-2,71)*	2,16 (1,57-2,99)*
<b>Vida</b>					
Laboral	1,35 (1,01-1,82)*	1,34 (1,00-1,81)*	1,33 (0,99-1,80)*	1,34 (0,99-1,82)*	1,45 (1,06-1,99)*
Educativo	1,53 (1,14-2,05)*	1,47 (1,09-1,98)*	1,47 (1,09-1,98)*	1,48 (1,09-1,99)*	1,61 (1,18-2,20)*
Espacios públicos	1,74 (1,38-2,21)*	1,70 (1,34-2,15)*	1,73 (1,34-2,18)*	1,74 (1,38-2,20)*	1,95 (1,53-2,50)*

Los OR son presentados como probabilidad de mapuche/no mapuche;\* p valor  $< 0,05$ ; Modelo 1: violencia / pertinencia étnica; Modelo 2: ajustado por TE; Modelo 3: ajustado por TE + NSE; Modelo 4: ajustado por TE + NSE + NE; Modelo 5: Ajustado por TE + NSE + NE y MZ.

En el modelo 1 bivariado se aprecia la mayor probabilidad de violencia en todos los ámbitos, en los modelos multivariados 2, 3 y 4 los valores se mantienen relativamente constantes, en el modelo 5 estos valores aumentan considerablemente con un realce significativo en el ámbito espacios públicos.

## DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los grupos de estudio se presentan de manera equitativa en su distribución tanto en NSE, NE y TE; por el contrario, se puede observar que respecto a las macrozonas (MZ) la distribución difiere en ambos grupos, presentando una mayor concentración de mujeres mapuche en la macrozona sur y las mujeres no mapuche en la macrozona centro sur.

La frecuencia de violencia de género en mujeres mapuche es notoriamente mayor comparado con mujeres no mapuche en todos los tipos de violencia (psicológica, física, económica, sexual y general) tanto en los últimos 12 meses como durante toda su vida. La violencia general en mujeres mapuche mayores a 15 años durante su vida alcanza el 52,9%, resultados similares a los de México, donde un 47% de las mujeres indígenas mayores de 15 años han sufrido alguna forma de violencia en sus relaciones<sup>10</sup>. Zapata et al.<sup>11</sup> establece que el 43,5% de las mujeres aymaras presentan violencia de pareja.

En las mujeres mapuche existe una probabilidad ajustada de 1,73 veces más posibilidades de presentar violencia psicológica comparado con mujeres no mapuche en el último año y 1,66 veces más durante su vida. Se puede apreciar que este tipo de violencia se encuentra asociado positivamente con la variable macrozona, lo cual se puede explicar por la diferencia de distribución geográfica entre los grupos de estudio.

Durante el último año, no se reportaron diferencias entre los grupos de estudio, contrario a lo declarado durante la vida, donde se pudo establecer diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres mapuche tienen una probabilidad de 1,67 veces más de presentar violencia física, sin estar asociada fuertemente a variables sociodemográficas relevantes.

Al analizar la violencia sexual entre los grupos no se aprecia una diferencia significativa entre las mujeres mapuche y no mapuche; en cambio, al realizar el ajuste por macrozona se observa que las mujeres mapuche presentan una probabilidad de 1,90 en el último año y 1,44 durante su vida de presentar este tipo de violencia en comparación con las no mapuche.

Resultados similares a los descritos en mujeres nativas de Alaska quienes son al menos 2 veces más propensas a ser víctima de violación o de agresión sexual, en comparación a los demás pueblos de Alaska<sup>12</sup>.

La violencia general engloba a la violencia psicológica, física y sexual, siendo las mujeres mapuche quienes presentan mayor probabilidad tanto en la vida (OR ajustado=1,76) como durante los últimos 12 meses (OR ajustado=1,72) de sufrir violencia. En Ecuador, las mujeres que se identifican como indígenas notifican un índice más alto de violencia de pareja que las mujeres que se identifican como mestizas o como blancas<sup>13</sup>, un 67,8% de mujeres indígenas ecuatorianas han vivido algún tipo de violencia<sup>14</sup>. En Canadá la probabilidad de que una mujer indígena sufra violencia es casi tres veces mayor que para una mujer no indígena<sup>15</sup>.

En este estudio se aprecia que la violencia perpetrada en espacios públicos fue la que presentaba valores más altos, con una probabilidad del doble entre mujeres mapuche y no mapuche, tanto en el último año como durante su vida. Esto puede deberse a la discriminación por pertenencia étnica que sufre el pueblo mapuche día a día, además se debe tener presente que esta variable al ajustarla por macrozona aumenta en gran medida debido a la distribución geográfica de los grupos.

La violencia contra la mujer mapuche en el ámbito educativo es menor durante los últimos 12 meses. Esto puede deberse a los actuales cambios estructurales en la educación chilena, donde se fomenta la no discriminación, la integración social y los protocolos de denuncia<sup>16</sup>. Al consultar por violencia, en el ámbito educativo, durante toda su vida, el panorama cambia drásticamente, teniendo como resultado un mayor número de violencia en el grupo de mujeres mapuche versus no mapuche. El ámbito educacional como ningún otro sector se encuentra privilegiado para prevenir la violencia contra las mujeres y niñas. Instaurando medidas como la modificación de pautas sociales y culturales para eliminar la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, así como para promover la educación en género y la transversalización de la perspectiva de género<sup>17</sup>.

Como limitaciones del estudio se debe mencionar que la ENVIF 20204 no cuenta con representatividad rural, lo que probablemente genere un sub-reporte importante en los datos. Además, la definición de pertenencia étnica consultada en la base de datos, no representa completamente la asignación cultural, lo que demuestra que la perspectiva de la encuesta

no está totalmente diseñada para ser culturalmente apropiada.

Sin embargo, la importancia de este artículo radica en que la violencia de género hacia las mujeres indígenas en Chile y el mundo es una problemática que no ha sido visibilizada completamente y de difícil comprensión. La CIDH, en 2017<sup>18</sup> recalcó que la discriminación de las mujeres por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores, como la pertenencia étnica, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la orientación sexual y la identidad de género, y que la superposición de varias capas de discriminación genera una forma de discriminación agravada y potenciada.

Las mujeres mapuche desarrollan diferentes procesos de consciencia en cuanto a las opresiones dadas por razones de clase, etnia y género. En sus vivencias cotidianas despliegan formas de resistencias para interpelar las estructuras coloniales, patriarcales y clasistas que enmarcan sus experiencias, no siendo el único ámbito en el cual han debido resistir. Se pueden destacar resistencias en espacios familiares, sociales y educacionales, campos de significado que se transforman en espacios de disputas identitarias y de género<sup>19</sup>. La interseccionalidad, en cuanto a opresión, opera de forma simultánea. Algunas de ellas ejemplifican cómo las opresiones de etnia, clase y género se conjugan en los contextos en los cuales interactúan, lo cual es evidente sobre todo en el mundo del trabajo. Tal como algunas de las mujeres expresan, el mundo rural, las tradiciones y los significados construidos, en cuanto a mujeres mapuche, forman parte de las tensiones que afrontan<sup>19</sup>.

La violencia de género en mujeres mapuche debe ser estudiada e investigada de forma profunda y considerando los elementos culturales, para realizar políticas públicas atingentes a grupos de riesgo, como las ya existentes casas de acogida, protocolos institucionales y la reciente creación del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Hay que tener presente que hoy en día se visualizan vivencias del pasado como hechos de violencia, que antes no eran reportados<sup>4</sup>. La escasez de datos de género persistirá a menos que se dé prioridad a la dimensión de género en las estrategias estadísticas nacionales, lo que impide respaldar y realizar políticas públicas en los grupos de riesgo.

Como recomendación se debe subsanar con urgencia el subregistro de datos y encuestas poblacionales, que indagan las múltiples formas de violencia contra las mujeres indígenas, desagregando por pertenencia étnica, edad, zona geográfica. Además de generar una

encuesta culturalmente apropiada a pueblos indígenas, ya que los datos presentados probablemente estén sub-reportados en este estudio.

Se debe asegurar para las mujeres mapuche el acceso a la educación, oportunidades laborales que generen independencia económica, acceso a la salud, acceso a la información y respuesta oportuna en casos de violencia, además de la eliminación de estereotipos dentro de la sociedad.

### Financiamiento

Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por ANID Programa Iniciativa Científica Milenio - N° NCS2021\_013, y por la Agencia Nacional de Investigación de Chile (Fondecyt de Iniciación ANID 11200486).

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores reportan no tener conflictos de interés.

En dedicatoria a todas las mujeres Mapuche que luchan por su lengua, por el territorio, su cultura y la vida de la naturaleza, las que luchan contra la discriminación, el racismo y la pobreza de su comunidad. En especial a todas las mujeres que han sido víctimas o sufren algún tipo de violencia.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas-ECMIA, Equipo CHIRAPAQ (2013) VIOLENCIAS Y MUJERES INDÍGENAS, Serie: Indígenas en Acción / 13, ISBN: 978-9972-679-50-6.
2. Organización Mundial de la Salud, Violencia contra la Mujer, [consultada 1 de agosto 2020] [actualizada 29 de noviembre 2017]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Alvarado y Guerra. La Violencia de Género, un problema de Salud Pública- Interacción y Perspectiva (2012). Revista de Trabajo Social 2012 Vol.2 n°2 pp.117-13
4. Subsecretaría de prevención del delito, Ministerio del Interior y seguridad pública, Cuarta encuesta nacional de violencia intrafamiliar contra la mujer y delitos sexuales (2020), disponible en: <http://cead.spd.gov.cl/centro-de-documentacion/>
5. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, Datos y Cifras, [consultado 30 de julio 2020] Disponible en: <https://minmujeryeg.gob.cl>

6. Gobierno de Chile e Instituto Nacional de Estadísticas, CENSO (2017), todos contamos. Disponible en: <https://www.censo2017.cl>
7. Willis, Matthew. Non-disclosure of violence in Australian Indigenous communities [online]. Trends and Issues in Crime and Criminal Justice, No. 405, Jan 2011: [1]-11. Availability:<[https://search.informit.com.au/document-Summary;dn=846466860056\\_858;res=IELHSS](https://search.informit.com.au/document-Summary;dn=846466860056_858;res=IELHSS)> ISSN: 1836-2206. [cited 11 Aug 20].
8. Finfgeld-Connett D. Qualitative systematic review of intimate partner violence among Native Americans. (2015). Issues Ment Health Nurs 36(10):754–760.
9. Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile, Informe anual situación de los derechos humanos en Chile (2018), capítulo 1, Violencia hacia las mujeres rurales e indígenas rurales, Disponible en: <https://www.indh.cl/destacados-2/informe-anual-2018/>
10. Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. Información proporcionada por Equis: Justicia para las Mujeres en su respuesta al cuestionario sobre los derechos de las mujeres indígenas en las Américas, titulado Situación de las mujeres afromexicanas e indígenas 2011-2014. (2014).
11. Pamela Zapata-Sepúlveda, Paula Fernández-Dávila, M. Cruz Sánchez-Gómez. Gender-based violence against women the Aymara ethnic in northern Chile (2012). Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), Volume 5, Issue 3, July– September 2012, Pages 167-172
12. The National Congress of American Indians. Policy Research Center, Policy Insights Brief, Statistics on violence against Native Women (2013). Disponible en: [https://www.ncai.org/attachments/PolicyPaper\\_tWAjznFslemhAffZgNGzHUqlWMRPkCDjpFtxeKEUVKjubxfpGYK\\_Policy%20Insights%20Brief\\_VAWA\\_020613.pdf](https://www.ncai.org/attachments/PolicyPaper_tWAjznFslemhAffZgNGzHUqlWMRPkCDjpFtxeKEUVKjubxfpGYK_Policy%20Insights%20Brief_VAWA_020613.pdf)
13. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (2015), 54.o Consejo Directivo, 67.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, CD54/9, Rev. 1, párr. 14.
14. Ministry of the Interior, INEC, Committee for Transition to the Council of Women and Gender Equity of Ecuador. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/sitio\\_violencia/presentacion.pdf](http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/presentacion.pdf).
15. Shannon Brennan. Violent victimization of Aboriginal women in the Canadian provinces, 2009. (2011) Component of Statistics Canada catalogue no. 85-002-X.
16. Unidad Equidad de género, Ministerio de educación. Educación para la Igualdad de Género Plan 2015-2018, reforma educacional (2014). Disponible en: <https://www.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/19/2017/01/CartillaUEG.pdf>
17. Claudia Moreno Uriza. La prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas el contexto educativo prácticas promisorias en 14 países de América Latina y El Caribe (2014). Disponible en: [unicef.org/lac/media/6336/file/PDF%20La%20prevención%20de%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres%20y%20las%20niñas%20el%20contexto%20educativo.pdf](http://unicef.org/lac/media/6336/file/PDF%20La%20prevención%20de%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres%20y%20las%20niñas%20el%20contexto%20educativo.pdf)
18. Comisión interamericana de derechos humanos. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas (2017). Disponible en: [cidh.org/MujeresIndigena](http://cidh.org/MujeresIndigena)
19. Rain Rain, Alicia. Resistencias diaspóricas e interseccionalidad: Mujeres mapuche profesionales en la ciudad de Santiago y el Wallmapu. (2020) Psicoperspectivas, 19(3), 76-86. Epub 15.

## SALVADOR ALLENDE, UN POLÍTICO DE LA SALUD

### SALVADOR ALLENDE, A HEALTH POLITICIAN

A la hora de los homenajes ¿a quién homenajeamos en este cincuentenario?, ¿quién fue realmente Salvador Allende?, ¿qué lo posiciona en una condición de indiscutida figura histórica?, ¿qué lo hace sujeto y objeto de la salud pública chilena? Interrogantes que nos interpelan al reconocimiento de sentido y significado de lo que fue este representante de la historia social del pueblo chileno en el siglo XX y que nos convoca hoy a reflexionar acerca de los alcances de su obra, sus aportes a la construcción de la medicina social chilena, su legado en términos de producción de políticas públicas, diseños programáticos, inversiones estructurales, formación de técnicos y profesionales, su contribución al soporte financiero asociado a la expansión y complejización de la red pública de salud, etc.

Una figura tan potente como la de este hombre, que luchó por observar, interpretar y modificar el tránsito entre la vida, la enfermedad y la muerte desde el diálogo entre ciencia, economía y política, entre ciencias de la salud y ciencias sociales, inevitablemente despertó algunos estereotipos acerca de su identidad. Una constante asociada a la configuración de la mayoría de las distorsiones identitarias de que fue permanente objeto ha sido la de una figura escindida en dos personajes, al modo de las dos caras del Dios Jano. Uno de estos constructos, quizás el más popular y reconocido, ajeno a odiosidades y estigmas ideologizantes, es aquel que pone en diálogo al político popular, al líder histórico de un proyecto transformativo de la sociedad, el “compañero Allende”, con el “Dr. Salvador Allende”, profesional médico forjador de políticas públicas en salud, fundador de instituciones sanitarias con enfoque social. El luchador social, el político, el líder de masas, el revolucionario versus el universitario, el académico especialista en salud, el doctor que sana enfermos y estudia la muerte. Se trata en este caso de una polaridad que matiza dos aspectos identitarios que bien pueden entenderse como complementarios, sin que ninguno de ellos opere necesariamente como instrumento heterodoxo, irreverente, destructivo en contra de la figura en cuestión. En este caso, ambas facetas de este Dios Jano chilensis pueden ser objeto de la admiración, el respeto y el seguimiento por parte de la ciudadanía.

Hay una segunda bipolaridad que ubica la figura de Allende en las antípodas de sí mismo, que intenta denunciar el carácter aparentemente inconciliable entre sus dos facetas más sobresalientes: el político y el profesional de la salud. La crítica en este caso contiene un indiscutible sesgo ideológico, un prejuicio asociado a una perspectiva reduccionista con la que se analizan los alcances de ambas facetas. Por este camino toma cuerpo un estereotipo que lo acompañará toda la vida, particularmente en el período histórico correspondiente a la derrota de su proyecto histórico y el llamado período transicional posdictatorial, pero que persiste en un presente que se propone periclitarse lo que va quedando de los proyectos de sociedad y los mega relatos de una modernidad desfalleciente y carcomida por los ecos de la posverdad triunfante. Escenario propicio para la emergencia de un Allende demonizado, gestor de todos los males, en cuya razón de ser (es decir, en su esencia) se fusionan y potencian el médico

izquierdista con el político revolucionario, ambos en una simbiosis maléfica, que es negado y silenciado por moros y cristianos. Es rotulado así como eximio representante de un mundo ya carente de sentido, abortado por la historia, en donde los discursos de cambio social que dieron sentido a su existencia se han hundido para siempre en el fondo del océano, en un naufragio trágico que se llevó para siempre las utopías de un mundo como el que soñaron los clásicos de la revolución social.

Sin embargo, los acontecimientos históricos viajan por los tiempos a velocidad variable y discontinua, pero inapelables, desde la desmemoria y la mistificación hacia la deconstrucción de los mitos y el develamiento de la verdad (develar = quitar el velo). Hay, por tanto, otras lecturas que superan la metafísica tendenciosa con que se hace apología de esta figura histórica transformada en paradoja, en una aporía que lleva el binomio política/medicina a un callejón sin salida, desdibujada como pura irracionalidad. En el trabajo "Pensamiento del Dr. Salvador Allende para la salud pública actual", aparece una interesante pista para la correcta resolución de esta aparente dicotomía, en la voz de nuestro querido amigo, colega y compañero, el Dr. Juan Carlos Concha, ex Ministro de la Salud del Gobierno de la Unidad Popular (por tanto, me permito agregarlo a este homenaje como actor histórico junto a Allende). El Dr. Concha se pregunta por las claves de la identidad de Salvador Allende, por aquello que hace de su persona humana, en tanto totalidad social, un sujeto reconocible en su multidimensionalidad, en la presencia simultánea de todas las configuraciones del ser que lo tornan sujeto de la historia, una entidad sociopsicobiológica en la que el homo politicus, el homo economicus y su esencia cultural se entrelazan dialécticamente con la psiquis y la biología.

Desde esta epistemología resulta racional y lógico identificar la díada política/medicina que sobresale en la identidad personal de Allende como un todo imposible de escindir sin los inevitables costos que tienen los intentos por empobrecer los alcances logrados por esta figura humana y que vuelven a reconocerse como aportes civilizatorios y objeto de la admiración tanto internacional como dentro de su propio país. Con esta perspectiva teórica, el Dr. Concha resuelve esta aparente aporía entre política y medicina, definiendo a Allende como un Político de la Salud. Hay aquí una propuesta de construcción histórica del ex presidente de Chile, que lo posiciona, en palabras del ex ministro Concha, como *un médico de toda la*

*vida y, al mismo tiempo, un político de toda la vida.*

De este modo, el Dr. Concha propone que en la identidad del político que fue, se hace posible reconocer la existencia del médico transformador; del mismo modo que el médico –el Dr. Salvador Allende– es un sujeto de la política, un actor social que pone a la ciencia médica en permanente tensión con las estructuras sociales, con las realidades históricas propias del tiempo que le corresponde vivir. Nos señala el Dr. Concha:

*Allende es un Político de la Salud, así, con mayúsculas, grado académico no concedido por institución alguna salvo, parafraseando al gran Máximo Gorki, la universidad de la vida.*

El Político de la Salud, para el Dr. Concha, adquiere sentido pleno de la mano con el concepto de Medicina Social, mediante el cual el ser médico aparece ligado a un nuevo paradigma para entender el proceso salud/enfermedad/atención: esto es, como un hecho social total, desde el cual se superan las causalidades lineales por la multideterminación de esta tríada. De forma tal que no es posible su comprensión plena sin la incorporación, junto a las ciencias biomédicas, tanto de las ciencias sociales como las humanidades, diseñando con ellas una epistemología y una praxiología con fines transformativos y emancipatorios, como hoy lo proclaman la epidemiología social crítica, la salud colectiva y la salud mental colectiva latinoamericanas.

Esto es lo que hace Salvador Allende, el político de la salud, una intensa actividad práctico-teórica que se inscribe en los albores de la medicina social de la región, de la cual él mismo es uno de sus precursores, como lo reconocen Jaime Breilh desde Ecuador y Asa Cristina Laurel desde México. Así lo plantea el Dr. Concha, aludiendo a los alcances que tiene para Allende la llamada en ese entonces "Higiene Social":

*Él habla de higiene social y delincuencia (podríamos hablar también de prostitución, alcoholismo, desnutrición infantil, pobreza, TBC, etc., tal como lo hizo Allende en su texto clave "La realidad médico social chilena", escrito en 1939.), un concepto que anuncia su mirada, que no es una mirada sobre los individuos ni una mirada sobre los fenómenos biológicos o sociales o psicológicos que acontecen, sino que es una mirada sobre el colectivo.*

En "La Realidad Médico Social chilena", los problemas médicos más acuciantes que padece el pueblo pasan a constituir categorías mórbidas asociadas y derivadas de graves problemas sociales: vivienda,

educación, trabajo, previsión social, pobreza, etc. Ergo, la enfermedad y la muerte dejan de ser materia selectiva de la clínica y se transforman en preocupación integral de las políticas intra e intersectoriales, cuya solución amerita una medicina social ligada a políticas públicas que aborden también las fallas estructurales de un sistema social plagado de injusticias, inequidades y desigualdades. Inevitable evocación de Rudolph Virchow, quien un siglo antes que Allende proclama que la medicina es, ante todo, una ciencia social. Con Virchow pasamos a entender claramente que la existencia de un sujeto enfermo o de uno que muere no es sino la representación singularizada de los conflictos históricos de la humanidad en todo tiempo. Dijo Virchow:

*La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala.*

Así lo entendió tempranamente el Dr. Allende, quien asumió, en los hechos y hasta las últimas consecuencias, esta aseveración virchowiana de que la medicina es, en sí misma, un acontecimiento de la política. Ello pese a que no se ha logrado configurar una relación explícita entre la obra de este médico, político y antropólogo alemán y el pensamiento de Allende, el político de la salud. Se trata más bien de una coincidencia visionaria entre dos médicos sociales, que se saltan distancias seculares para denunciar al unísono las injusticias y desigualdades que inundan las relaciones capitalistas.

El esfuerzo más reciente por ligar a Virchow con la obra posterior de Allende fue siguiendo la pista al médico anatomopatólogo alemán, Max Westenhöfer, quien trabajó por largos períodos en Chile como docente de la Escuela de Medicina de la U. de Chile y tuvo el privilegio de haber sido un cercano discípulo de su coterráneo. Sin embargo, no hubo hallazgos sólidos ni evidencia escrita algunas sobre la influencia de Virchow mediatizada esta vez por eventuales enseñanzas que el Dr. Westenhöfer hubiese otorgado al joven estudiante de medicina chileno. Solo se han confirmado los aportes docentes de este médico en la formación en anatomía patológica llevada a cabo en la Escuela de Medicina de nuestra universidad, pero no en medicina social, disciplina cuyo fundador en Europa fue su maestro Rudolph Virchow. Menos aún se ocupó el Dr. Max Westenhöfer del pensamiento político de su maestro. Se presume que, a lo más, Allende habría asistido a algunas de sus clases de anatomía patológica.

No obstante la carencia de vínculos personales del

Dr. Allende con estos dos médicos del Viejo Mundo, está muy lejos de la ausencia de conexión con el legado histórico de Virchow. Este vínculo ha quedado materializado en su producción teórica y práctica. Basta observar en su conjunto el carácter que adquirió su aporte a la salud pública y la medicina social chilena para comprender que está impregnada del pensamiento fundacional de una medicina social, crítica y transformativa que impulsó Virchow al calor del liberalismo europeo de la medianía del siglo XIX.

Es la obra concreta que se desprende del quehacer teórico/práctico del Político de la Salud lo que testimonia la progresiva construcción de una medicina social, de compromiso con las clases sociales oprimidas, en la que conceptos como justicia social, ciudadanía, democracia y participación social, comunidad, políticas públicas en salud, protagonismo del Estado, etc., van configurando una perspectiva, un paradigma y estrategias de acción en salud convergentes con un nuevo proyecto de sociedad, que Allende lo encarna en su ya mítico concepto de “socialismo a la chilena”, como nos lo recuerda el Dr. Concha.

Un punto culminante de este proyecto fue el Gobierno de la Unidad Popular, cuyo programa transformativo tiene a la base las llamadas 40 medidas, 12 de las cuales (casi un tercio) corresponden directamente a la puesta en marcha de iniciativas en salud, bajo la conducción del gobierno, al modo de políticas de Estado. Estas fueron las 12 medidas dirigidas a la salud de las y los chilenos:

- Descanso justo y oportuno
- Protección a la familia
- Mejor alimentación para el niño
- Leche para todos los niños de Chile
- Consultorio materno-infantil en su consultorio
- Control del alcoholismo
- Casa, luz, agua potable para todos
- Asistencia médica y sin burocracia
- Medicina gratuita en los hospitales
- No más estafas en los precios de los remedios
- Educación física y turismo popular
- No más impuestos a los alumnos

Una de estas medidas, el medio litro de leche, que fue capaz de mejorar sustantivamente la desnutrición al garantizar el otorgamiento de 47 millones de litros de leche en polvo para menores de 14 años, es el nodo de este nuevo paradigma, en donde el Dr. Allende demuestra en los hechos la fusión de la medicina con

la política, en un liderazgo que da estatus de integridad al trinomio salud/enfermedad/atención, dejando constancia de la imposibilidad de hacer lo uno sin lo otro. Aunque denostado y ridiculizado, el medio de litro de leche, al igual que varias otras iniciativas del gobierno de la Unidad Popular, tuvo un extraordinario impacto a nivel de parámetros epidemiológicos vinculados con la salud de los niños chilenos. La historia ha corregido esta maniobra mistificante y ha otorgado, con justicia ética y sociosanitaria, un valor simbólico superlativo a esta medida, al mismo tiempo que la ha transformado en un ejemplo que hizo de la política una herramienta fundamental para el avance científico y médico social.

Siguiendo el análisis del Dr. Concha recogido en nuestro texto, y a modo de síntesis, este Allende, fusionado entre el político y el médico, tiene dos méritos trascendentales en lo relativo al desarrollo de la salud pública: por una parte, en el campo específico de la salud su preocupación se centró en las morbi-mortalidades, la epidemiología, las realidades hospitalarias, la prevención, las disciplinas de la salud con sus respectivas especialidades, los recursos diagnósticos y terapéuticos, la atención primaria, el rol prioritario del Estado y la producción de políticas públicas de salud, las leyes sociales destinadas a mejorar las condiciones de vida de los trabajadores y sus familias, etc. Por otro lado, en una dimensión de carácter general, el Dr. Allende destaca los condicionamientos y determinaciones sociales que están en la base de los modos diferenciados de enfermar y morir de las clases sociales, por lo que su preocupación central pasó a ser la batalla por un nuevo modelo de sociedad, en el cual las relaciones sociales respondieran a valores y principios como la justicia social y la igualdad. Cuestión que resuena con cierta fuerza en el concepto de determinantes sociales de OMS generado en la primera década de este siglo y, más nítidamente aún, en la perspectiva de la salud colectiva, que paradójicamente, y de la mano con el enfoque histórico-social y el pensamiento crítico en salud, nace en los años 70 en nuestra región.

Estos dos campos de preocupación de Salvador

Allende que destaca el Dr. Concha sirven de sustrato teórico/práctico y ratificación de la figura de Allende como el político de la salud en tanto forjador de un horizonte utópico y al mismo tiempo productor de realidad histórica, proyecto y materialidad de un pensamiento y una fórmula integral de acción transformativa. En el cincuentenario del golpe militar en Chile, bueno es recordar el profundo humanismo de este proyecto de medicina social y también de la figura de Allende, que se posiciona en una perspectiva de intransable militancia con los derechos humanos y los derechos sociales.

Mario Amorós, en su brillante biografía sobre Allende, nos recuerda que este político de la salud, primer mártir de esta historia ligada al terrorismo de Estado preside el memorial del detenido desaparecido y del ejecutado político. Raúl Zurita esculpió en la piedra de dicho memorial el siguiente hermoso verso, que nos recuerda que las buenas ideas y la belleza de la vida humana, en torno de las cuales Allende hizo un intransable camino de existencia, bien pueden interpelarnos más allá de nuestras capacidades. Aún en estas circunstancias de pérdidas y dolores, nos queda un legado de certezas y esperanzas; así inscribimos en nuestras conciencias la obra de Salvador Allende, el político de la salud. Dice el poeta Zurita:

*“Todo mi amor está aquí y se ha quedado pegado a las rocas, al mar, a las montañas”*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allende, S. (1939). La realidad médico social chilena. Santiago de Chile, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
2. Amorós, M. (2018). Allende. La biografía. Santiago de Chile, Penguin Random House, Tercera edic.
3. Quiroga, P. (1988). Salvador Allende Gossens. Obras Escogidas 1938-1948 V I. El camino hacia la identidad. Santiago de Chile, Instituto de Estudios Contemporáneos; Ediciones Literatura Latinoamericana Reunida.
4. Oyarce, A.M.; Madariaga, C.; González, E. (2019) Cuatro miradas sobre la vigencia y legado del pensamiento del Dr. Salvador Allende para la salud pública actual. Santiago de Chile, Edit. Contrakorriente.

## DIÁLOGO SOBRE EL PENSAMIENTO MÉDICO SOCIAL DEL DR. SALVADOR ALLENDE

DIALOGUE ON THE SOCIAL MEDICAL THOUGHT OF SALVADOR  
ALLENDE

Se puede afirmar que las bases fundamentales que determinan el bienestar y el progreso de los pueblos son precisamente un buen estándar de vida, condiciones sanitarias adecuadas y amplia difusión de la cultura en los medios populares...el hombre en sociedad no es un ente abstracto: nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere en sujeción estricta al ambiente que lo rodea

Esa frase del Dr Salvador Allende G, escrita en 1939 en su obra la Realidad Médico Social Chilena, condensa el pensamiento médico social del Dr. Allende. Si bien fue plasmada hace 84 años es absolutamente vigente en los enfoques y teorías de la nueva salud pública y la salud colectiva

Como salubrista su pensamiento y obra está marcada por la coherencia, consecuencia y lo innovador de sus planteamientos

Esta manera de pensar la salud se fue forjando desde que era estudiante de medicina y hacía su práctica en el manicomio, ya en ese tiempo vinculaba la locura, el alcoholismo con las condiciones de vida miserable y también pobreza o lo insuficiente de la atención médica.

Después de recién recibido y ante la dificultad de encontrar trabajo precisamente por sus actividades políticas como presidente de la FECH, se dedica a trabajar como anatómo-patólogo del Hospital van Buren de Valparaíso haciendo 1500 autopsias donde va diseccionando los cuerpos principalmente de trabajadores e indigentes, relacionando las causas de muerte con las miserables condiciones de vida de la cual provienen esos cuerpos.

Posteriormente y ya siendo Ministro de Salud de Pedro Aguirre Cerda publica su obra ya citada, que constituye un texto pionero de la medicina social y la salud pública.

La estructura de este texto, ya es innovadora pues empieza con un diagnóstico acucioso de lo que era el perfil demográfico, para en segundo lugar hablar de las condiciones de vida de las clases trabajadoras: salario, alimentación, vestuario, vivienda y obras públicas (Determinantes sociales). Así, en el tercer capítulo se aborda el perfil epidemiológico de lo que él llama el Pueblo de Chile, bajo la denominación de problemas médicos dejando muy en claro que es en la clase trabajadora, en la madre y el niño, los asalariados, los campesinos, los mineros, los pescadores, es decir los desposeídos, donde se concentra el daño, la enfermedad y la muerte. En ese momento la situación estaba caracterizada por enfermedades infecto contagiosas y por tasas altísimas de mortalidad infantil y materna, tuberculosis, enfermedades venéreas y enfermedades profesionales como las silicosis.

No solo hace este diagnóstico, sino además propone una respuesta a esos problemas en lo que él llama "los medios de lucha" que son la creación de una serie de instituciones, iniciativas y articulaciones como la Beneficencia y la Asistencia Social, el Servicio Nacional de Salubridad, Servicios Médicos de las Cajas, Previsión Social y la importación y distribución de los medicamentos, entre otros

Lo innovador es, a mi juicio, el proponer medidas concretas de cómo abordar

cada una de esas dimensiones que configuran los problemas médicos, proponiendo cambios estructurales transformadores de la realidad médica social y política y que hoy podríamos definir como “las causas de las causas”: los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención.

El libro es una verdadera clase de salud pública y de los dos pilares que la componen: diagnóstico de salud y respuesta organizada a ella. En este sentido, la unidad de análisis que usa el Dr. Allende es siempre lo colectivo; observa la enfermedad individual, pero al vincularla con la realidad medico social la trasciende en su dimensión particular y su unidad de análisis es cualitativamente diferente que la suma de cuerpos o individuos enfermos, es el colectivo.

Otro aspecto relevante es que, para él, la salud es mucho más que la falta de enfermedad, su concepto de salud es multidimensional y parte del supuesto que el bienestar es integral, incluye la cultura, la alimentación, los derechos a un salario y una vida digna.

Más allá de las diferencias epidemiológicas existentes en la época en que él vivió y escribió, su legado realmente innovador es su enfoque, es el cambio paradigmático que propone trascender el biologicismo y poner la realidad socio-sanitaria concreta en que vive la gente como espacios relacionales donde se produce y reproduce, el daño y la desigualdad, pero donde también se puede construir la esperanza y el bienestar.

Como antropóloga médica, pienso que Dr. Allende se adelanta en medio siglo a lo que después se conocería en esa disciplina como los vínculos entre los tres cuerpos: el físico, el social y el político.

Es precisamente examinando esos cuerpos individuales dañados y sufrientes por la pobreza, la falta de abrigo, de alimentación y vivienda que él va vinculando ese sufrimiento del cuerpo físico con el cuerpo social: lo que la Dra. M. Angélica Illanes llama “el cuerpo del pueblo”. Lo que él busca como salubrista es sanar, proteger, alimentar y abrigar ese cuerpo enfermo del pueblo chileno, un cuerpo dañado por años de desamparo y abandono por parte del estado y que él propone recuperar, nutrir y revitalizar a través de un cuerpo político de medidas coherente de intervenciones e instituciones que reparen ese cuerpo social e individual.

La coherencia entre la reflexión de lo que él observa en el pueblo, la motivación transformadora de ese daño y las propuestas emancipadoras que formula a través de su programa, son sin lugar a dudas, las mismas ideas fuerzas que guían la salud colectiva actual, por lo que podríamos decir que el pensamiento y obra del Dr. Salvador Allende son las que debería tener un salubrista del siglo XXI.

Finalmente, y a nivel más personal lo que más me conmueve de la obra del Dr. Salvador Allende es su profundo amor al pueblo, a ese pueblo sufrido y explotado con el cual él compartió y al cual amó (no solo en sentido de Maturana de aceptación del otro), sino que haciendo suyo el dolor del cuerpo del pueblo, lo que la Dra. Maria Angélica Illanes denomina “la materialidad de su ideología”, amor al pueblo que él imaginaba con un cuerpo físico social y político sano y vigoroso que empezaba por el bienestar y la felicidad de las madres y niños; amor y obra por la finalmente daría su vida, como otros médicos del pueblo, mártires de la dictadura.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y MEDIDAS PARA MEJORAR LA TASA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN CHILE

OVERVIEW OF ORGAN TRANSPLANTATION AND MEASURES TO IMPROVE THE ORGAN DONATION RATE IN CHILE

Señor Editor

En Chile la tasa de donantes ha sido estable durante los últimos 15 años, con un promedio de 6-7 donantes por millón de población (dpmp). Esta cifra es baja en comparación con países como España, que tiene una tasa de 50 dpmp incluso en Pandemia COVID-19. El objetivo actual del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) es alcanzar los 9 dpmp, tratando de igualar la mejor cifra "histórica" del 2019, que fue de 10,4 dpmp. que indicaba que finalmente Chile iba bien encaminado<sup>1,2</sup>.

China National Knowledge Infrastructure (CNKI) realizó un estudio bibliométrico con datos de artículos publicados entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022 acerca de la literatura correspondiente al estudio de trasplante de órganos. Los cinco primeros países en todo el mundo con respecto al número de artículos publicados fueron EE. UU. (n=940), Reino Unido (n=377), España (n=263), Canadá. (n=241) y China (n=181); todos los datos obtenidos a través del software CiteSpace 6.2. ©. Lo anterior muestra que la medicina ha entrado en una etapa de desarrollo de alta calidad desde el punto de vista científico por lo que el énfasis se debe colocar a través de la gobernanza, el cálculo de la brecha de determinantes sociales en salud y fomentar becas de profesionales de salud en el extranjero<sup>3</sup>.

Actualmente Chile post-pandemia COVID-19 implica un aumento de disponibilidad de pabellones quirúrgicos y nuevos bríos en nuevos protocolos de donación tras muerte cardíaca<sup>4</sup>.

Se sugieren las siguientes medidas para aumentar la tasa de donación de órganos:

Las campañas de donación de órganos deben ser una iniciativa implementada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en cooperación con el Ministerio de Educación y de Salud como el Sistema Chile Crece Contigo de forma permanente.

Las campañas comunicacionales eficaces se deben mantener en el tiempo; enfatizando en las historias humanas y derribando mitos<sup>5</sup>

Los Curso de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada del Adulto y Pediátrica Chilenos deben capacitar obligatoriamente un apartado de Trasplante de Órganos para obtener órganos mejor perfundidos.

Facilitar comunicación entre los actores de la procura, con protocolos estandarizados actualizados a la evidencia actual y becas para profesionales de salud en el extranjero

Promover leyes para donación de órgano vivo entre parejas compatibles (Matrimonios y Acuerdos de Unión Civil)<sup>6</sup>

En conclusión, la tasa de donantes de órganos en Chile es baja en comparación con España. Concomitantemente la medicina ha experimentado un desarrollo científico de alta calidad por lo que es importante aumentar la tasa de donación de forma multidisciplinaria, implicando cálculo de la brecha de determinantes sociales de salud, coordinando ojalá a través del Ministerio Desarrollo Social y Familia, actualizar de forma continua los protocolos locales y fomentar becas de profesionales de salud en el extranjero en pro de adquirir buenas prácticas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González F., Vera F., Alcayaga R., González F. Análisis crítico de la baja tasa de donación de órganos en Chile. *Rev. Med. Chil.* [Internet]. 2020 [citado 9 de noviembre de 2023];148(2):242-51. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000200242](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200242)
2. González M., Santolaya R., Antúnez M., Cabello H., Ortega J., Zink M., et al. Donación Internacional de Órganos. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [citado 9 de noviembre de 2023];46:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56150>
3. Jiang W. Current research status and prospect of organ donation discipline construction in China: a bibliometric analysis[J]. *ORGAN TRANSPLANTATION*. doi: 10.3969/j.issn.1674-7445.2023131
4. Cuende N., Cuende J., Fajardo J., Huet J., Alonso M. Effect of population aging on the international organ donation rates and the effectiveness of the donation process. *Am J Transplant*. 2007; 7:1526-35.
5. Lara L., Correa F., Navarrete J. Análisis de Actitudes hacia las Donaciones de Órganos en Población Chilena. *PersBioet* [Internet].2018;22(1):121-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83257398009>
6. Guirado L, Oppenheimer F. Trasplante renal de donante vivo. 15 de enero de 22d. C. [citado 9 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-traplante-renal-donante-vivo-235>.

## PROTEGER LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL EN CHILE

### PROTECTING THE MENTAL HEALTH OF THE INTERNATIONAL MIGRANT POPULATION IN CHILE

Señor editor:

La salud mental de la población migrante internacional debe constituir una prioridad global, considerando que diversos reportes<sup>1-4</sup> anuncian que la vulneración de derechos que muchas personas enfrentan durante el proceso migratorio, conlleva factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología de salud mental y diagnósticos relacionados. Ello, sumado a la progresiva precarización de los flujos migratorios hacia Chile, especialmente durante la pandemia por COVID-19, nos obliga a abordar y proteger la salud mental de la población migrante en el país<sup>5-7</sup>.

Diversos estudios han identificado ámbitos asociados a la protección y apoyo en salud mental entre las necesidades de parte de poblaciones migrantes en Chile: (i) regularización migratoria, (ii) apoyo social de personas significativas del país de origen y de acogida, (iii) integración social con permanente orientación y acompañamiento, en especial en materia de integración laboral, educacional, de salud y barrial/comunitaria, (iv) prevención y fiscalización de riesgos ocupacionales en contextos de informalidad y precariedad, (v) protección de la vida, dignidad y derechos de manera efectiva y sistemática<sup>7-11</sup>.

Estos procesos son posibles solamente si se lleva a cabo un análisis crítico del rol de lo político, cultural e histórico en la reproducción de inequidades sociales, de salud mental y de bienestar en la población migrante, especialmente aquella de origen latinoamericano<sup>12,13</sup>. Asimismo, requiere de una redefinición de la relación de poder entre los distintos grupos socioculturales, para establecer modos de vida interculturales auténticos y respetuosos de la diversidad desde la narrativa, el imaginario común y también la práctica cotidiana. Todo esto, con el objetivo de asegurar el ejercicio del derecho a la salud, incluida la salud mental, como una forma de coexistencia de formas de pensar y de vivir la vida que pueden ser diversas.

#### Financiamiento

Fondecyt Regular 1201461, ANID, Chile.

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores no reportan conflicto de interés

Alice Blukacz  
Báltica Cabieses  
Alexandra Obach  
Alejandra Carreño

Centro de Salud Global Inter-cultural, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.  
[bcabieses@udd.cl](mailto:bcabieses@udd.cl)

Edward Mezones-Holguín

Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

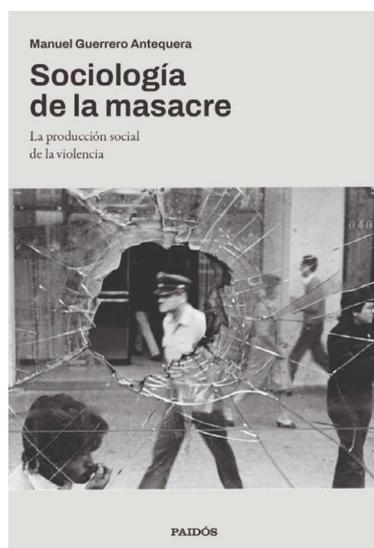
Recibido el 23-10-2023  
Aprobado el 11-12-2023

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camara C, Surkan PJ, Van Der Waerden J, Tortelli A, Downes N, Vuillermoz C, et al. COVID-19-related mental health difficulties among marginalised populations: A literature review. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2023;10:e2.
2. Del Real D, Crowhurst-Pons F, Olave L. The Work, Economic, and Remittance Stress and Distress of the COVID-19 Pandemic Containment Policies: The Case of Venezuelan Migrants in Argentina and Chile. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4).
3. Wagner KM, Chatham AA, Prado K, Walsdorf AA, Villatoro AP, Garcia D, et al. Emotional wellbeing and coping among Latinx young adults in the time of COVID-19. *J Community Psychol*. 2022.
4. WHO. Promoción de la salud de refugiados y migrantes: proyecto de plan de acción mundial, 2019-2023: informe del Director General. Geneva, Switzerland: WHO; 2019.
5. Stefoni C, Silva C. Migración venezolana hacia Chile: ¿se restringe o se facilita la migración de venezolanos hacia Chile. *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*. 2018:167-88.
6. Cabieses B, Obach A, Blukacz A, Carreño A, Larenas D, Mompoint E, et al. Hacia un cuidado ético en residencias sanitarias durante la pandemia de COVID-19: estudio cualitativo con migrantes internacionales en Chile. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38.
7. Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Madrid P, Carreño A, Pickett KE, et al. "If I get sick here, I will never see my children again": The mental health of international migrants during the COVID-19 pandemic in Chile. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277517.
8. Vera Espinoza M, Prieto Rosas V, Zapata GP, Gandini L, Fernández de la Reguera A, Herrera G, et al. Towards a typology of social protection for migrants and refugees in Latin America during the COVID-19 pandemic. *Comparative Migration Studies*. 2021;9:1-28.
9. RECHISAM. Seminario | Salud, migraciones y frontera: revisitando aprendizajes y desafíos para el cono sur2022.
10. RECHISAM. 2º Foro Nacional | Salud mental de migrantes y refugiados en Chile y Latinoamérica2022.
11. Latinoamérica LM-N. Conferencia | El derecho a la salud para los y las migrantes en la fronteras de la Región Andina2022.
12. Pratt B, de Vries J. Where is knowledge from the global South? An account of epistemic justice for a global bioethics. *Journal of Medical Ethics*. 2023.
13. Abouzeid M, Muthanna A, Nuwayhid I, El-Jardali F, Connors P, Habib RR, et al. Barriers to sustainable health research leadership in the Global South: Time for a Grand Bargain on localization of research leadership? *Health Res Policy Syst*. 2022;20(1):1-14.

## CONFLICTO SOCIAL EN EL SIGLO QUE COMIENZA: ¿QUÉ MUERTES NOS ACECHAN?

SOCIAL CONFLICTS IN THE UPCOMING CENTURY:  
WHAT KIND OF DEATH CAN WE EXPECT?



### SOCIOLOGÍA DE LA MASACRE

La producción social de la violencia  
**Manuel Guerrero Antequera**  
PAIDOS - Santiago de Chile, 2023

“Sociología de la Masacre”, un texto necesario. Al mismo tiempo que bellamente escrito. Un profundo ensayo acerca de los fundamentos ontológicos, epistemológicos y sociohistóricos de la violencia política en la sociedad contemporánea, que dialoga en forma dramática con una estética de la tragedia humana, con los duelos y pérdidas del autor, protagonista él mismo de uno de los crímenes más abyectos de la dictadura militar: el degollamiento de su padre y otros dos profesionales comunistas, actores ejemplares en la batalla contra esta violencia que el libro se encarga de analizar y denunciar.

De modo que estamos frente a una compleja propuesta creativa que hace eco de una historia personal que es depositaria de una experiencia de traumatización extrema -en el más genuino sentido que da a este concepto B. Bettelheim- que se torna un inevitable sustrato vivencial de una novedosa e ilustrada elaboración teórica acerca del comportamiento de la sociedad humana a la hora de dirimir el conflicto social. El testimonio de vida del autor pasa a ser un nutriente permanente de la reflexión científica desde las ciencias sociales, en esta búsqueda por aportar nuevos elementos a la comprensión de los procesos autodestructivos de la humanidad.

Pareciera no existir una oportunidad más pertinente para hacer de esta obra un texto imprescindible en el Chile actual. Si bien M. Guerrero explora con prolijidad aspectos universales de este fenómeno, no cabe duda alguna que tiene como epicentro la historia social y política acontecida en nuestro país en el último medio siglo. No podía ser de otra forma dada la conmemoración del cincuentenario de lo que el investigador llama “la masacre” llevada a cabo por la dictadura cívico-militar. Se trata de un país en el que prima la impunidad para el genocidio y que en forma vergonzosa intenta, a duras penas, la gobernanza y gubernamentalidad en un contexto de violencia estructural, reactiva y represiva (en palabras de I. Martín-Baró), de forma tal que después de los cincuenta años transcurridos desde el golpe militar, no logramos salir aún de los ciclos de violencia social de aquí derivados y que retraumatizan recurrentemente a la ciudadanía.

Uno de los efectos más disruptivos de esta caracterización de la convivencia social refiere al impacto que genera a nivel de las diversas subjetividades que conforman el campo de las relaciones sociales, tema al que el texto sigue la pista en todo momento, mientras busca *ex post* definir teórica y empíricamente las formas de conceptualizar la violencia ejercida por la dictadura contra el pueblo de Chile. De allí su minucioso análisis de diversas teorías sociológicas en torno a la violencia política, que incluyen aspectos como el origen y las causas de esta violencia, la historicidad del concepto, diversas tipologías y sistematizaciones, una cierta arqueología de la autólisis de la sociedad moderna asociada a una revisión de los alcances y peculiaridades de los diversos términos con los que se define la violencia política en las realidades históricas estudiadas, etc.

El título del libro anuncia el concepto clave que adopta finalmente M. Guerrero en la caracterización del genocidio desatado por el terrorismo de Estado: la masacre, entendida esta como el exterminio o aniquilamiento del enemigo u opositor, literalmente su destrucción física y/o psicológica, tanto individual como colectiva. Sus nutrientes epistemológicos son variados, se apoyan tanto en la sociología clásica, con Durkheim y Weber, hasta la teoría crítica y el enfoque histórico social, con algunos agregados del pensamiento latinoamericano de diversas raíces, incluyendo reflexiones provenientes de la psicología social que aportan a una mejor comprensión del impacto de la carga tanática sobre la subjetividad y los estilos reactivos de esta frente a los intentos de destrucción de que ha sido objeto. Así mismo, con la disciplina psicosocial rescata interpretaciones acerca de las formas de subjetividad social emergentes, desde la transición política hasta la actualidad, que participan activamente en la configuración del orden social y, por consiguiente, influyen sobre las relaciones intersubjetivas dando cuerpo y sentido a un ethos, un logos y un pathos que se corresponden contradictoriamente con el modelo civilizatorio hegemónico.

Destacamos el aporte autoral de M. Guerrero en cuanto introduce fuentes sociológicas diversas y heterogéneas, dialoga con cada una de ellas tensionando sus posibles aportaciones a la interpretación de lo vivido en la sociedad chilena, tanto en plena dictadura como en el periodo posterior, teniendo una permanente preocupación de método en términos de referir la reflexión teórica a la praxis concreta, a los acontecimientos históricos vividos, a los hechos y a sus actores. Y, con independencia de los paradigmas en los que se sustenta su análisis, rescata la multiterminación del fenómeno en estudio, más allá de todo riesgo de interpretaciones uni y multilineales de sus fundamentos causales y, por tanto, afirmando el carácter polifacético de las posibles estrategias de acción para su superación.

La idea de “masacre” que nos propone el autor como categoría sociológica interpretativa del acontecimiento histórico que da cuenta de la destrucción genocida de opositores y ciudadanos políticamente neutrales al conflicto social, como ocurrió con la dictadura militar en Chile, permite favorecer la comprensión del cómo, el porqué y el para qué de los hechos denunciados en su libro (la racionalidad y sentido de las cosas, que a la luz de la conciencia cotidiana parecieran irracionales y sin sentido) y, lo que hoy es de interés superlativo en términos de proyecto país, para hacernos cargo de la tremenda deuda heredada por las nuevas generaciones en materias como la reproducción transgeneracional del daño, la reparación integral del trauma, la reconstrucción de la memoria histórica, la superación de la impunidad, la deconstrucción y reconstrucción de los procesos de subjetivación y sujeción generados por la violencia de Estado sobre la ciudadanía, etc. La Sociología de la Masacre es un texto que contribuye directamente a pensar en caminos posibles para la materialización de estos desafíos en tiempos en que se reactivan los discursos amenazantes y violentistas.



## SOPOROPOS

Este mural es un testimonio de la historia de Marcela Andrades Alfaro y su madre, Eva Alfaro Holbrook, detenida en 1974. Marcela atesoraba estos muñecos de tela, cabellos de lana y rostro pintado a mano, que recibió de Eva como símbolo de amor y esperanza, en sus visitas dominicales a Tres Álamos.

Confeccionados por las prisioneras de los campos de concentración, estos sonrientes muñequitos llamados soporopos también sirvieron para transportar información sobre otros detenidos, mapas de los recintos, métodos de tortura y nombres de oficiales a cargo.

Hoy Marcela los fabrica para preservar la memoria histórica de Chile, la de su madre y para honrar a todas aquellas mujeres que, trabajando juntas, pudieron crear ingeniosas maneras para ayudar y tratar de salvar vidas.

Muralista: Felipe Ortiz Ruiz  
@coaschile

Retratada: Marcela Andrades Alfaro  
@soporopo\_oficial

**RC  
SP** | REVISTA  
CHILENA  
DE SALUD  
PÚBLICA

  
UNIVERSIDAD  
DE CHILE

A 50 AÑOS DEL GOLPE:  
EDUCACIÓN PARA  
LA DEMOCRACIA

  
Independencia  
Cultural

**RC**  
**SP** | REVISTA  
CHILENA  
DE SALUD  
PÚBLICA

[www.revistasaludpublica.uchile.cl](http://www.revistasaludpublica.uchile.cl)  
[www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones](http://www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones)  
[www.facebook.com/rcsaludpublica/](https://www.facebook.com/rcsaludpublica/)