

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO  
“ABEL SANTAMARÍA CUADRADO”  
ENCRUCIJADA, VILLA CLARA

**ARTÍCULO ORIGINAL**

SOMATONOSOGNOSIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por:

MSc. Dr. Gerardo Álvarez Álvarez<sup>1</sup> y Dr. Gilberto Rodríguez Álvarez<sup>2</sup>

1. Especialista de I y II Grados en Medicina Interna. Máster en Psicología Médica. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Villa Clara. Profesor e Investigador Auxiliar. UCM-VC. e-mail: [gerardoaa@hamc.vcl.sld.cu](mailto:gerardoaa@hamc.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

**Resumen**

Al establecerse la estrategia comunitaria para la hipertensión arterial, se instrumentó la aplicación de la somatnosognosia a un grupo de pacientes ausentistas, indisciplinados y de difícil control de su enfermedad, con la finalidad de lograr una mejor aproximación a sus características personalógicas. Se estudiaron 20 pacientes hipertensos mediante la exploración de la somatnosognosia y la aplicación de una entrevista minuciosa para lograr efectos informativo-educativos y terapéuticos en los enfermos, cuyas edades se encontraban entre 39 y 70 años, con un ligero predominio de hombres sobre mujeres: 55 % vs. 45 %, y un 65 % de enfermos de piel negra. El disconfort, las alteraciones del sueño y conductuales, así como los dolores inespecíficos, fueron relevantes. En la etapa valorativa, el 55 % eran monosintomáticos, y en la de formación de actitud ante la enfermedad, el grado de concientización y el afrontamiento fueron deficitarios en extremo.

**Descriptores DeCS:**

HIPERTENSIÓN/PSICOLOGÍA  
ACTITUD FRENTE A LA SALUD

**Subject headings:**

HYPERTENSION/PSYCHOLOGY  
ATTITUDE TO HEALTH

**Introducción**

A pesar de realizar una mayor divulgación al público en general sobre la hipertensión arterial (HTA) y los factores de riesgo vasculares (FRV), así como de alertar sobre la necesidad de instaurar hábitos de vida saludables, no se advierte una mayor conciencia del problema ni una reacción poblacional<sup>1</sup>. La HTA y algunos FRV pueden ser controlables<sup>2</sup>, pero se necesita una implicación activa del paciente en tal propósito, pues la modificación de estilos de vida y el seguimiento de un régimen terapéutico son necesarios para lograrlo. Las enfermedades crónicas representan la principal causa de morbilidad y mortalidad de la población y originan el 70 % del costo de los sistemas de salud; en su mayoría, estas afecciones tienen un grado de control poblacional inferior al 50 %<sup>3</sup>.

La HTA tiene la peculiaridad clínica de ofrecer escasos síntomas y signos<sup>4</sup>, los pacientes siguen las indicaciones médicas de forma inestable y durante poco tiempo, porque las perciben como una

disminución de su propia calidad de vida, sobre todo las no farmacológicas<sup>5</sup>, por lo que los medicamentos son omitidos con frecuencia<sup>6</sup>. Tales argumentos conducen a que los médicos deben favorecer el cumplimiento terapéutico de sus enfermos, lo que se basa en el conocimiento que de ellos poseen.

En el diseño de la estrategia comunitaria para la HTA en Encrucijada (ENCHTA), se establece la aplicación de la somatnosognosia como instrumento de información para conocer el grado de concientización que el paciente posee sobre su enfermedad y el tipo de afrontamiento que muestra. La somatnosognosia<sup>7-10</sup> es el proceso de conocimiento de las personas psicológicamente sanas y sus reacciones personales ante la enfermedad. Este proceso transita por varias etapas: sensitiva o sensorológica, valorativa o intelectual y la de formación de la actitud ante la enfermedad, que se expresa como:

- Concientización plena y adecuada comprensión.
- Concientización parcial con insuficiente adecuación de la valoración de la enfermedad.
- Ausencia de concientización.
- Concientización alterada o aberrada con desarrollo patológico de la enfermedad.

El propósito de este estudio fue la aplicación de la somatnosognosia a un grupo de pacientes hipertensos catalogados como refractarios, rebeldes, indisciplinados y ausentistas a la consulta, con el fin de alcanzar una mayor aproximación a sus características psicológicas.

## **Métodos**

La investigación tuvo un carácter transversal, y se desarrolló en el segundo semestre del 2009. El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los enfermos que padecían de hipertensión arterial y eran atendidos en la consulta de HTA y FRV en el Policlínico Universitario "Abel Santamaría" de la localidad de Encrucijada, en Villa Clara, y que reunían los siguientes criterios de inclusión:

1. Poseer diagnóstico de HTA por más de un año, y ser mayores de 18 años de edad. No hubo distinción por sexo o color de la piel.
2. Estar registrado por su médico de atención primaria y por la consulta de HTA y FRV como paciente indisciplinado, ausentista, de difícil control, rebelde al tratamiento y que omite las prescripciones médicas.
3. Aprobar su inclusión en el estudio, previa explicación de este y obtener su consentimiento informado.

A los pacientes se les cursó insistente citación a consultas de HTA y FRV en el policlínico por su médico de asistencia.

El instrumento de la somatnosognosia ([Anexo](#)), validado en la tesis de maestría en Psicología Médica<sup>9</sup> realizada por el autor, posibilita conocer las peculiaridades de estos enfermos, así como su grado de concientización y posibilidades de afrontamiento de la HTA. Se acompañó de una entrevista minuciosa que, conforme al propósito profesional, pudo cumplir las siguientes funciones: obtener información, influir sobre las opiniones, sentimientos y comportamientos y ejercer un efecto terapéutico, destacando que los elementos distintivos de este tipo de entrevista son la existencia de propósitos explícitos<sup>11</sup>.

Se analizaron 20 pacientes; tres enfermos no accedieron a la petición por diferentes causas. A los estudiados, se les aplicó el instrumento de la somatnosognosia, acompañado de una entrevista sobre las características personales y sociolaborales. Los resultados finales fueron analizados por un trío de expertos: un licenciado en Psicología, un internista y un médico de asistencia, encargados de analizar la documentación e información de cada paciente.

Los análisis estadísticos son esencialmente descriptivos, aunque hay varias preguntas abiertas cuyo procedimiento de análisis es cuantitativo y cualitativo.

## Resultados

Se estudiaron 20 pacientes con HTA con edades entre 39 y 70 años, dos tenían menos de 40 años (5 %) y solo uno con 70 años presentó variabilidad suficiente y un descenso en las tendencias centrales. Hubo un ligero predominio de hombres sobre mujeres: 55 % vs. 45 %, con 65 % de enfermos de piel negra ( $p > 0,635 - > 0,05$ ), el 85 % tenían nivel escolar de secundaria-preuniversitario y otro 85 % procedían de la zona urbana (tabla 1).

Tabla 1 Caracterización de la muestra de pacientes desde el punto de vista de otras variables epidemiológicas.

### Sexo \* Color de la piel

Sexo		Color de la piel			Total
		Blanca	Mestiza	Negra	
Femenino	Calidad	4	3	2	9
	% del Total	20,0 %	15,0 %	10,0 %	45,0 %
Masculino	Calidad	3	3	5	11
	% del Total	15,0 %	15,0 %	25,0 %	55,0 %
Total	Calidad	7	6	7	20
	% del Total	35,0 %	30,0 %	35,0 %	100,0 %

Sig. Del test exacto de Fisher: 0,635.

Acorde con sus antecedentes patológicos personales, orgánicos o psíquicos, los 20 pacientes señalaron algún padecimiento orgánico. En el orden psíquico, cuatro no refirieron alteraciones y predominaron la depresión ocasional, la ansiedad frecuente y los trastornos conductuales por alcoholismo. Entre los antecedentes familiares, los procedentes de la madre aportaron un 50% de referencias con HTA y diabetes mellitus.

Con relación al diagnóstico y tratamiento de la HTA, todos han tenido entre 6 y 25 años de terapéutica ( $14,4 \pm 6,5$ ). Solo el 40 % refirieron el no farmacológico y el 100 % lo tuvieron farmacológico. El cumplimiento terapéutico comunicado fue positivo solo en el 10 %, el 75 % lo cumplían a veces y el 15 % reconocieron no cumplirlo nunca. Sus controles de PA previos fueron evaluados como regular en el 50 % y en el resto como mal.

Los resultados en la etapa sensológica, según el paciente, recogen manifestaciones de orden psíquico y de discomfort. El 25 % no refirieron problemas psíquicos, y se encontraron casos con depresión, ansiedad y hostilidad; no hubo pacientes con euforia; sin embargo, todos los enfermos relataron algún episodio de discomfort, con predominio en los sentidos (75 %), en las extremidades (50 %) y en la cabeza (30 %).

Solo cuatro pacientes no señalaron alteraciones del sueño; en el resto primaron el insomnio, los sueños desagradables y el sueño escaso (tabla 2). En el 30 % se presentaron desde muy jóvenes y un 20 % los padecen desde hace 10 años o más. Las alteraciones de la conducta no fueron señaladas por tres pacientes; el 50 % expresaron padecer irritabilidad y otros manifestaron mal carácter u hostilidad.

Tabla 2 Alteraciones del sueño y cambios de conducta.

Tipo de alteraciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No refirieron alteraciones	4	20,0	
Insomnio	4	20,0	20,0
Sueños desagradables	2	10,0	30,0
Sueño escaso, duerme poco	2	10,0	40,0
Duerme mal y poco tiempo	2	10,0	50,0
Sueño breve y de fácil despertar	1	5,0	55,0
Sueño muy superficial	1	5,0	60,0
Duerme y sueña mucho	1	5,0	65,0
Dificultad para lograrlo	1	5,0	70,0
Sueño muy breve	1	5,0	75,0
Sueños tristes frecuentes	1	5,0	80,0
TOTAL	20	100,0	Los cuatro restantes (20 %) no reportan alteraciones

El 90 % de los participantes reportaron alguna alteración en el sueño.

La expresión clínica de dolor estuvo ausente en cuatro pacientes; el resto (40 %) mencionó dolor de cabeza, e igual proporción refirieron dolores somáticos en abdomen o tórax, con descripciones vagas e inespecíficas; solo dos enfermos ofrecieron una semiografía de cefalea hipertensiva clásica.

La distonía neurovegetativa se registró en el 95 % de los pacientes, el 70 % aludieron a palpitaciones, el 60 % a salto epigástrico y el 45 % a frialdad corporal; otros se refirieron menos a disnea y sudoraciones.

La etapa valorativa demuestra que el 55 % eran monosintomáticos y el 25 % polisintomáticos, con predominio de la cefalea, las palpitaciones y los malestares inespecíficos. Con relación a la funcionalidad de su organismo, en el orden somático respondieron que " algo anda mal ", sin lograr precisar esta percepción, y en el orden psíquico relacionaron "alteraciones de la mente o agotamiento mental, seguido de la depresión".

Al indagar sobre la información que han recibido sobre su enfermedad, el 75 % la han recibido oralmente, y llaman la atención sobre su procedencia términos como "una enfermera me ha hablado [...]", "a veces por los médicos".

La opinión de los pacientes sobre la causa de la HTA se expresó de la siguiente forma: el 75 % la relacionaron con disgustos personales, el 70 % la atribuyeron al tabaquismo, el 60 % a trastornos nerviosos, el 40 % al sobrepeso corporal, el 35 % al alcohol y el 25 % a una dieta incorrecta e inactividad física.

En los conceptos sobre la enfermedad, la mitad de los enfermos la atribuyeron a que " toda su familia la padece " y a "problemas en el corazón"; otros consideraron que la PA "sube con los años, por la diabetes o por la raza". Al pretender precisar las causas de la HTA, mencionaron la herencia, después de toxemias, la diabetes y los trastornos nerviosos.

Con respecto al tratamiento, el 25 % declararon llevar dieta hiposódica, el 70 % recibían IECA y solo el 30 % mantenían el consumo de un diurético, y mencionaron otros tratamientos como el clordiazepóxido, meprobamato y diazepam. Los chequeos de su PA fueron insuficientes: nueve lo realizaban mensualmente y ocho apenas lo efectuaban anualmente.

Sobre los trastornos ocasionados por la HTA, el 65 % mencionaron el ámbito sociolaboral; al desglosarlo, el 65 % corresponden a lo social y el 40 % al laboral (Fig 1).

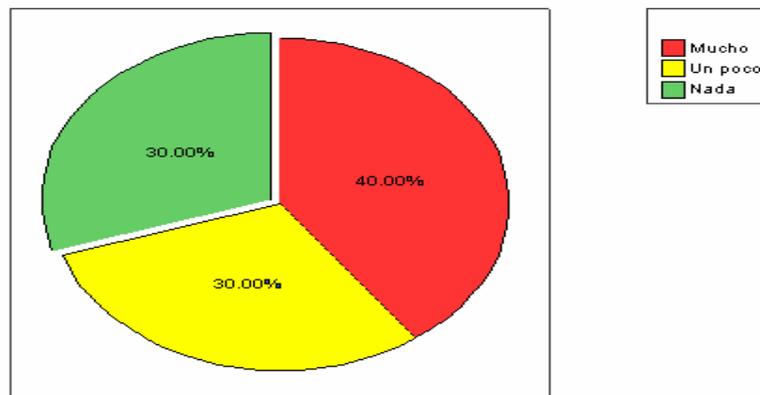


Fig 1 Estudio de la somatosenosognosia donde se observa la modificación de las relaciones por la HTA.

Con relación al afrontamiento a su enfermedad, el 65 % se mostraron pasivos o indiferentes, el 15% evidenciaron esperanzas y solo un 5 % fueron declarados como activos, existió un 10 % que declararon sentir pánico por padecer la enfermedad (Fig 2). La concientización sobre la HTA evidenció que solo seis la mostraron de forma parcial, nueve alterada y en cuatro existió ausencia total de concientización; un paciente no respondió al respecto.

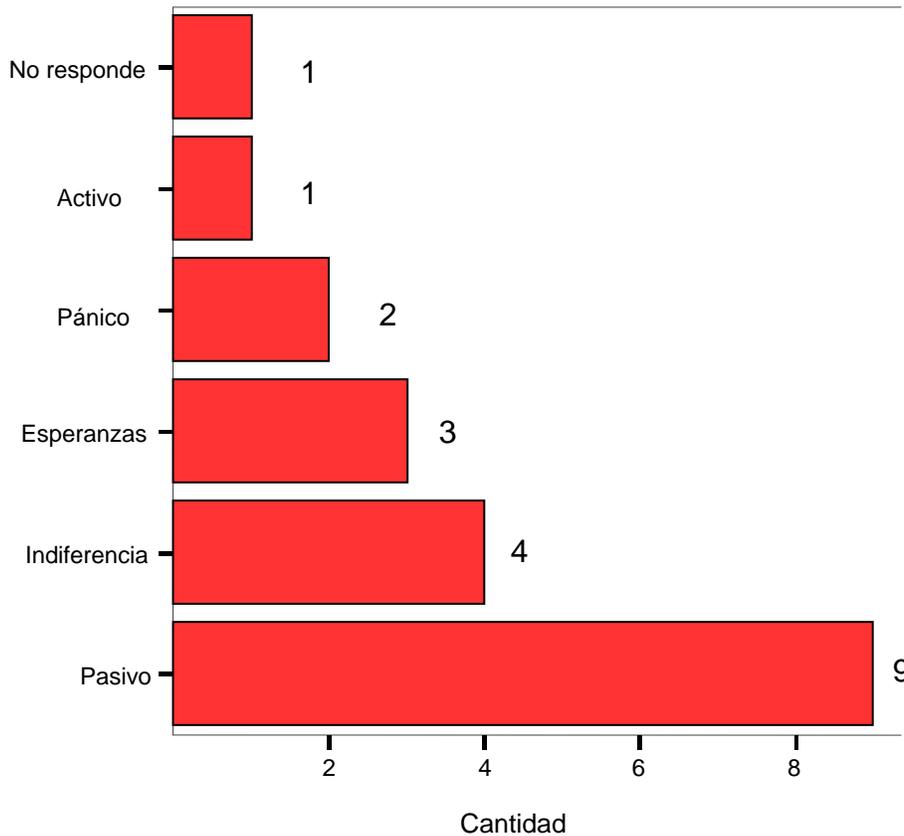


Fig 2 Estudio de la somatosenosognosia donde se observa cómo el paciente afronta su enfermedad.

Las conclusiones de los expertos declaran que el 50 % se encontraban en la etapa I y un 45 % en la II; un enfermo no pudo ser evaluado. Hubo cinco pacientes con concientización alterada y afrontamiento pasivo, en dos fue alterada pero con pánico y otros dos mostraron ausencia de concientización e indiferencia en su afrontamiento. El resto la mostró alterada de forma parcial, mezclada con un afrontamiento deficitario, indiferente o pasivo y solo uno mostró esperanzas.

## ***Discusión***

Esta casuística es pequeña; los pacientes fueron seleccionados por características distintivas que los hacen de difícil atención, no obstante, son interesantes algunos hechos. La HTA puede no ser tan silenciosa como habitualmente se considera<sup>12</sup>, y aunque ella lo fuera, el enfermo no debe serlo<sup>13</sup>. Las manifestaciones de ansiedad-depresión constatadas coinciden con los hallazgos de Jonas<sup>14</sup> en su estudio, y difieren de los informados por Jula<sup>13</sup>. Según Fernández Abascal<sup>15</sup>, una buena parte de los cambios que sufre la PA son debidos a la actividad psicológica, y entre ellos se destacan los debidos a procesos emocionales. Algunas de las exploraciones de la somatognosia nos permiten tener una aproximación a la representación social de la HTA y resulta interesante que el rol del enfermo varíe ostensiblemente; ya Parsons<sup>16</sup> ha señalado que cada persona debe realizar su propia interpretación en dicho rol. El grado de concientización y el afrontamiento de los pacientes analizados fue deficitario y ello se corresponde con el concepto de "conducta de enfermedad": el modo en que cada persona percibe, evalúa e interpreta sus síntomas y emprende acciones encaminadas a reducirlos, mediante la búsqueda de ayuda médica o de otro tipo.

Incuestionablemente, ante este tipo de enfermos no basta con la práctica clínica convencional; ellos necesitan otros requerimientos profesionales que estamos en condiciones de ofrecerles previo a reconocerse como pacientes incumplidores, para lo cual el instrumento aplicado constituye una opción.

## ***Summary***

In establishing the community strategy for high blood pressure, somatognosia was applied to a group of absentee and undisciplined patients, with certain difficulties on the control of their disease, with the aim of achieving a better approximation to the personological features of them. Twenty patients who suffered from high blood pressure were studied through the somatognosia evaluation and the application of a detailed interview to achieve educational- informative and therapeutic effects in patients whose ages were between 39 and 70, with a slight predominance of men over women: 55 % vs. 45 % and 65 % of sick people were black. Discomfort, sleep disturbances and behavior alteration as well as nonspecific pains, were relevant. During the evaluation stage, 55 % of patients were monosymptomatic, and in the attitude formation stage with respect to the disease, the level of awareness and the way of coping with it, were extremely deficient.

## ***Referencias bibliográficas***

1. Corbalan R. ¿Qué podemos hacer para modificar los factores de riesgo coronario? Rev Esp Cardiol. 2006;59:1089-92.
2. Gil V. Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico del hipertenso. En: Coca A, De la Sierra A. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. 3ra ed. Barcelona: JIMS S.L; 2002. p. 479-88.
3. Heneghan C, Alonso-Coella P, García-Alamino JM, Perera R, Metas E, Glaszion MP. Self-monitoring of oral anticoagulation a systemic review and meta-analysis. Lancet. 2006;367:404-11.
4. Víctor RG. Arterial Hypertension. En: Goldman-Ausiello. Cecil Medicine, 23 ed. Philadelphia: Médica; 2008. p.430-50.

5. Coca A. de la Sierra A. Hipertensión arterial. En: Rodés J, Carné X, Trilla A. Manual de terapéutica médica. Barcelona: MASSON, SA; 2002. p. 167-86.
6. Kaplan N M. Tratamiento de la hipertensión: farmacoterapia: En: Kaplan NM. Hipertensión clínica. 4ta ed. Barcelona: Waverly hispánica S.A; 2006. p. 229-338.
7. Allport G W. Individualidad. En: Geiwitz J, Teorías no freudianas de la personalidad. 2da ed. Madrid: Ediciones MAROVA; 1977. p. 24-6.
8. Kvasenko AV, Zubariiev YI. Desarrollo de la enfermedad somática y de la Somatonosognosia. En: Psicología del Enfermo. Moscú: Medicina; 1980. p.184-200.
9. Álvarez Álvarez G. Cuadro interno de la enfermedad en pacientes con Leucosis Aguda para el Grado Científico de Máster en Psicología Médica [Tesis]. Santa Clara: UCLV; 1999.
10. Luria R. Cuadro Interno de la enfermedad y patologías iatrogenas. En: Antología de la Patopsicología. Moscú: Médica; 1981.
11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. El proceso de la investigación cualitativa. En: Metodología de la Investigación. 4ta ed. México: McGraw-Hill, Interamericana S.A. de C V; 2006. p. 598-618.
12. Hollenberg NK. La hipertensión es silenciosa, pero no el paciente. En: Hollenberg NK .Tratamiento inicial de la hipertensión: consideraciones sobre calidad de vida. SQIBB-1999.
13. Jula A, Salminen JK, Saarijarvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension. Hypertension. 1999;33(4):1057-61.
14. Jonas B, Lando F. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. Psychosomatic Medicine. 2000;62:188-96.
15. Fernández Abascal EG. Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensión arterial. En: Buceta JM, Bueno AM, Mas B, editors. Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid: Dikynson; 2000. p. 79-120.
16. Parsons T. The social system. Glencoe,III: The Free Press; 1951.

Recibido: 12 de octubre de 2010

Aprobado: 17 de noviembre de 2010

Anexo Encuesta sobre la somatognosia

Evaluación integral en la hipertensión arterial esencial

1. Datos generales del paciente:

- a) Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
- b) Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Color de la piel: \_\_\_\_\_
- c) No. HC: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_
- d) Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Profesión u oficio: \_\_\_\_\_
- e) Residencia: Urbana: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_

2. Antecedentes patológicos personales (orgánicos o psíquicos):  
\_\_\_\_\_

3. Antecedentes patológicos familiares:  
\_\_\_\_\_

4. Años de diagnóstico de la HTA: \_\_\_\_\_

5. Tratamiento para la HTA: No farmacológico: \_\_\_\_\_

Farmacológico: \_\_\_\_\_

6. Cumple con el tratamiento: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ A veces: \_\_\_\_\_

7. Control de la PA: Bueno: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Mal: \_\_\_\_\_

8. Para el paciente (etapa sensológica):

a) Síntomas atribuibles a la HTA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

b) Variaciones del estado de ánimo:  
\_\_\_\_\_

c) Koiniestopatía: \_\_\_\_\_

d) Disconfort neurovegetativo:  
\_\_\_\_\_

e) Cambios de conducta: \_\_\_\_\_

f) Otros: \_\_\_\_\_

9. Etapa valorativa o intelectual:

a) Monosintomático, b) polisintomático, c) asintomático

b) Consideraciones funcionales de su organismo:

Corporalmente: \_\_\_\_\_

Psíquicamente: \_\_\_\_\_

c) Recepción de información:  
\_\_\_\_\_

d) Elaboración de teorías sobre la HTA:  
\_\_\_\_\_

10. Actitud ante la enfermedad:

a) Concepto de HTA: \_\_\_\_\_

b) Causas: \_\_\_\_\_

c) Tratamiento: \_\_\_\_\_

d) Pronóstico: \_\_\_\_\_

11. Se considera enfermo: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿En qué medida?: \_\_\_\_\_

12. Modificaciones de las relaciones laborales, familiares y sociales por la enfermedad:  
\_\_\_\_\_

13. ¿Cómo afronta la enfermedad?

Pasivo: \_\_\_\_\_ Activo: \_\_\_\_\_ Resistencia: \_\_\_\_\_ Esperanza: \_\_\_\_\_ Pánico: \_\_\_\_\_ Destructivo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

14. Concientización de la enfermedad:

a) Plena y adecuada concientización: \_\_\_\_\_

b) Concientización parcial: \_\_\_\_\_

c) Concientización alterada: \_\_\_\_\_

d) Ausencia de concientización: \_\_\_\_\_

15. Búsqueda o recepción de la información sobre HTA: \_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Documentación: \_\_\_\_\_ Oral: \_\_\_\_\_

16. Para el médico:

Etapa de somatnosognosia: \_\_\_\_\_

Tipo de afrontamiento: \_\_\_\_\_

Conciencia de la enfermedad: \_\_\_\_\_

17. Criterio de expertos : \_\_\_\_\_

18. Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_