

## Construcción del cuidado en personas con presión arterial alta: miradas desde la teoría del actor-red\*

Care Construction in Patients with High Blood Pressure: Views from the Actor-Network Theory

Construção do cuidado em pessoas com hipertensão arterial: olhares a partir da teoria ator-rede

Jorge Sotelo Daza<sup>a</sup>

Universidad del Valle, Colombia

jorge.sotelo@correounivalle.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3203-8276>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.ccpp>

Recibido: 24 noviembre 2022

Aceptado: 11 enero 2023

### Resumen:

El artículo analiza la manera en que se construye el cuidado en personas con presión arterial alta (PAA) mediante la identificación y rastreo de actantes humanos y no humanos, las prácticas y las redes involucradas. El estudio se aleja de la indagación de categorías biomédicas tradicionales para desplazarse a otros espacios de producción del cuidado, identificando dónde se le dota de otros modos de existencia y otros modos de subjetivación. **Objetivo:** develar cómo se construye el cuidado a través del rastreo de prácticas, actantes y redes en personas con PAA que acuden a un hospital de primer nivel en Popayán, Colombia. **Metodología:** estudio cualitativo, etnográfico y praxiográfico que tomó como información relatos generados a partir de entrevistas a profundidad, diario de campo y observación participante en doce personas con PAA y cinco enfermeros. El análisis de la información se abordó desde la teoría del actor-red. **Resultados:** además de las prácticas biomédicas, en la construcción del cuidado se involucran prácticas y actantes del contexto sociocultural, político y económico, como religión, herbolaria, políticas sanitarias, sistemas de información; transacciones administrativas, instrumentos de medición; tecnologías de comunicación, seguimientos, hábitos, participación social; la dinámica familiar, los amigos, entre otros. Estos elementos se entrelazan en diferentes redes. **Conclusión:** rastreado de cerca, el cuidado resulta ser diferentes cosas en distintos momentos y lugares; se construye por y a través de prácticas, actantes humanos y no humanos y redes que, mediante entramados de relaciones, permiten la emergencia de versiones particulares de esta entidad, volviéndolo múltiple. **Palabras clave:** cuidado de enfermería, presión arterial, investigación cualitativa, etnografía.

### Abstract:

The article analyzes the way in which care is constructed in people with high blood pressure (HBP) by identifying and tracing human and non-human actors, practices and networks involved. The study moves away from the investigation of traditional biomedical categories to move to other spaces of care production, identifying where it is endowed with other modes of existence and other modes of subjectivation. **Objective:** Unveil how care is constructed through the tracing of practices, actors and networks in people with HBP who attend a first level hospital in Popayán, Colombia. **Methodology:** Qualitative, ethnographic and praxiographic study. It took as information accounts from in-depth interviews, field diary entries and participant observation in twelve people with HBP and five nurses. The analysis of the information was based on the actor-network theory. **Results:** In addition to biomedical practices, the construction of care involves practices and actors from sociocultural, political and economic contexts, such as: religion, herbal medicine, health policies, information systems, administrative transactions, measurement instruments, communication technologies, follow-ups, habits, social participation, family dynamics, friends, among others. These elements are intertwined in different networks. **Conclusion:** Closely traced, care turns out to be different things at different times and places; it is constructed by and through practices, human and non-human actors and networks that, through networks of relationships, allow the emergence of particular versions of this entity, making it multiple. **Keywords:** nursing care, blood pressure, qualitative research, ethnography.

### Resumo:

O artigo analisa a forma como o cuidado é construído em pessoas com hipertensão arterial (HAS), identificando e rastreando atores humanos e não humanos, as práticas e as redes envolvidas. O estudo se afasta da investigação das categorias biomédicas tradicionais para se deslocar para outros espaços de produção do cuidado, identificando onde ele é dotado de outros modos de existência e outros modos de subjetivação. **Objetivo:** desvelar como o cuidado é construído por meio do rastreamento de práticas, atores e redes em pessoas com APP que frequentam um hospital de primeiro nível em Popayán, Colômbia. **Metodologia:** estudo qualitativo,

### Notas de autor

<sup>a</sup>Autor de correspondencia. Correo electrónico: [jorge.sotelo@correounivalle.edu.co](mailto:jorge.sotelo@correounivalle.edu.co)

etnográfico e praxiográfico, tendo como informações relatos de entrevistas em profundidade, diário de campo e observação participante de 12 pessoas com PA e cinco enfermeiras. A análise das informações foi baseada na teoria ator-rede. **Resultados:** além das práticas biomédicas, a construção do cuidado envolve práticas e atores do contexto sociocultural, político e econômico, como religião, fitoterapia, políticas de saúde, sistemas de informação, transações administrativas, instrumentos de medição, tecnologias de comunicação, acompanhamento, hábitos, participação social, dinâmica familiar, amigos, entre outros. Esses elementos estão entrelaçados em diferentes redes. **Conclusão:** rastreado de perto, o cuidado acaba sendo diferente em diferentes momentos e lugares; é construído por e por meio de práticas, atores humanos e não humanos e redes que, por meio de teias de relações, permitem o surgimento de versões particulares dessa entidade, tornando-a múltipla.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem, pressão arterial, pesquisa qualitativa, etnografia.

## Introducción

El cuidado no puede reducirse a un único concepto, ya que abarca diversas dimensiones que están interconectadas. Es un concepto multidimensional que implica interacciones entre personas, familias y comunidades, involucrando la participación, los afectos, la ética y los entornos; y su significado puede variar según el contexto desde el cual se aborde (1). El enfoque centrado en la persona es fundamental en enfermería y se considera uno de los metaparadigmas junto con el entorno, reconociendo que el individuo no puede ser separado de ese contexto. Esta idea de indivisibilidad guía la visión ontológica, epistemológica y paradigmática del cuidado (2).

Según Roper et al. (3), "la enfermería basada en un modelo de vida" se relaciona con cinco categorías que influyen en las actividades diarias: el aspecto biológico aborda la salud general, lesiones y alteraciones; el aspecto psicológico se refiere a las emociones, cognición, creencias espirituales y capacidad de comprensión; el aspecto sociocultural se relaciona con la influencia de la sociedad y la cultura, incluyendo creencias, expectativas y valores; el aspecto ambiental considera el impacto del entorno físico en las actividades diarias de la persona y viceversa; y el aspecto político-económico evalúa la influencia de políticas y programas gubernamentales, la forma de gobierno y la economía.

La mirada holística del cuidado se basa en un modelo integral y multidimensional, superando la perspectiva biomédica, reconociendo la forma como las culturas y subculturas perciben los valores sobre cuidados, expresión y creencias de la salud-enfermedad junto a la conducta (4), con el objetivo de mantener, recuperar y promover el bienestar, y preservar un mundo habitable.

El cuidado se define como una actividad humana que va más allá del ámbito biológico de la enfermedad, la curación (5) y el tratamiento de síntomas. Incorpora dimensiones históricas, antropológicas, sociales y filosóficas de la enfermería. Su objetivo principal es proteger, mejorar y preservar la salud y la dignidad humana (6), manifestándose en prácticas interpersonales que fomentan el crecimiento y la salud de las personas. El acto de cuidar se ve influenciado por la dinámica social en la que tiene lugar. Se basa en la comunicación, las relaciones personales y morales con aquellos que reciben cuidados en diferentes etapas de la vida. Su propósito fundamental es "cuidar la experiencia de la salud humana" (7).

La presión arterial alta (PAA) es un problema de salud pública a nivel mundial (8). En América Latina y el Caribe, entre el 20 % y el 35 % de la población adulta padece esta enfermedad, y muchas personas desconocen que la tienen (9). En Colombia se reportaron 4.162.540 nuevos casos en el 2020. El 57,1 % de las personas diagnosticadas reconocen su condición, pero solo el 52,8 % recibió tratamiento y, lamentablemente, solo el 18,8 % logra controlar su presión arterial. En Popayán la prevalencia de PAA en 2020 fue de 8,77 personas por cada 100 habitantes, con un total de 28,395 personas afectadas y una tasa de mortalidad de 188,74 por cada 100.000 habitantes (10).

La investigación sobre el cuidado ha sido abordada desde diferentes enfoques, lo cual ha proporcionado información relevante para fortalecer la práctica de enfermería. No obstante, existe una comprensión limitada sobre el papel de las entidades no humanas (11) que participan en la construcción del cuidado mediante la

interacción y la formación de redes que dan forma a la realidad. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue develar cómo se construye el cuidado a través del rastreo de prácticas, actantes y redes en personas con presión arterial alta que acuden a un hospital de primer nivel en Popayán, Colombia.

## Metodología

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico a fin de transitar en la descripción de interpretaciones del cuidado para develar estructuras de significación con las cuales las personas actúan en los contextos (12). La investigación asumió como modelo de análisis la teoría del actor-red (TAR), un enfoque sociológico que busca comprender cómo se construyen las relaciones sociales a través de la interacción entre actantes humanos y no humanos (11). Según esta teoría, los actantes (personas, objetos, instituciones) no son entidades separadas, sino que están interconectados en una red de relaciones. Estas relaciones son dinámicas y pueden influir en la manera en que se desarrollan las prácticas y se construyen los significados. Cada actante posee la capacidad de influir y ser influenciado por otros actantes, lo que genera una dinámica de coproducción de la realidad social (en este caso el cuidado).

El estudio empleó la praxiografía (13), una forma de etnografía que muestra cómo las entidades adquieren identidades múltiples y variables, y explora cómo las prácticas dependen de la manera en que estas identidades se ensamblan, coordinan y descomponen. La praxiografía permite interpretar los significados expresados por las personas y los eventos que han experimentado, considerando a los agentes involucrados, las instituciones y las prácticas diarias en un lugar específico. Se utilizó el concepto de multiplicidad (enactment), que implica poner en acción, hacer existir o crear algo a través de las prácticas (14).

Los participantes se seleccionaron utilizando un muestreo teórico intencionado y se determinó el número de entrevistas en función de la saturación teórica alcanzada (15). En el estudio participaron doce personas con PAA y cinco profesionales de enfermería. Se recolectó la información a través de entrevistas a profundidad, diario de campo y observación participante. Los instrumentos fueron elaborados por el autor y se realizó una prueba piloto previa en tres personas con PAA y un enfermero. Una vez recopilada la información, se procedió a validarla con los participantes. La inmersión en los campos de información (escenarios de interacción con las personas) se realizó entre enero y octubre de 2021 en hogares, un hospital de primer nivel, secretaría de salud departamental, una aseguradora y escenarios comunitarios en Popayán, Colombia.

Inicialmente, los participantes fueron contactados en la consulta médica del hospital de baja complejidad, de manera personal. Posteriormente, las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares, en algunos casos con la presencia de sus familiares. La duración de las entrevistas varió entre una hora y una hora y media. Los participantes aceptaron vincularse en el estudio y dieron su aval en un consentimiento informado que leyeron y firmaron. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en Microsoft Word®, lo mismo que los otros instrumentos. De este material se tomaron los relatos, observaciones y descripción de prácticas logrados a través de la conversación, el diálogo y la observación para realizar la recuperación conceptual de saberes y prácticas (16). La información se procesó en Atlas.Ti 8.1.

Se analizó la información siguiendo el enfoque de análisis etnográfico de Spradley (17), el cual utiliza categorías y subcategorías para examinar los datos. Para garantizar la rigurosidad de la investigación y evaluar la calidad de los datos obtenidos, se asumieron los principios propuestos por Calderón (18), los cuales se enfocan en la integración flexible y abierta, y se evalúan desde cuatro criterios: adecuación epistemológica y metodológica, relevancia, validez y reflexividad. Se asignaron códigos a los datos y se elaboraron resultados descriptivos basados en los códigos y categorías que surgieron durante el proceso de codificación. A continuación, los textos fueron agrupados en etiquetas o códigos para concentrar las categorías e ideas, permitiendo así la integración de la información y la búsqueda de relaciones entre las ideas y categorías. Esto

condujo a la creación de un marco analítico e interpretativo fundamentado en la construcción del cuidado, considerando dimensiones socioculturales, políticas y económicas.

El proceso de análisis se estructuró en tres fases: categorización, estructuración y contrastación (19). En la fase de estructuración, se buscó integrar las categorías específicas en categorías generales, con el objetivo de crear constructos que explicaran la realidad. Se agruparon y relacionaron conjuntos de categorías para definir categorías centrales que sirvieran como base para las demás. Posteriormente, se establecieron relaciones entre las categorías y se identificaron elementos integradores para cada una, lo que permitió realizar descripciones y correlaciones. El investigador adoptó frente a los participantes el papel de un enfermero interesado en comprender las dinámicas específicas en las que se desenvuelven las personas con PAA. Antes del estudio, se estableció una comunicación inicial entre el investigador y los participantes para explicar los propósitos del estudio. El investigador lleva cerca de veinte años en los escenarios asistenciales y administrativos del sistema sanitario colombiano. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad (Acta N° 6.1-1.25/5 2020), considerándolo como de riesgo mínimo según la declaración de Helsinki (20).

## Resultados

Se entrevistó a 12 personas con PAA y cinco profesionales de enfermería residentes en Popayán. Las características sociodemográficas se detallan en la tabla 1.

TABLA 1  
Características sociodemográficas de los participantes

Género	Edad	Ocupación	Estado civil	Estrato	Nivel educativo
Femenino	38	Ama de casa	Unión libre	3	Bachiller
Femenino	47	Auxiliar consultorio odontológico	Unión libre	3	Técnico
Femenino	62	Ama de casa	Unión libre	3	Bachiller
Masculino	54	Conductor	Casado	2	Técnico
Femenino	65	Administrador	Separado	3	Profesional
Femenino	52	Docente	Casada	3	Técnico
Masculino	49	Electricista	Unión libre	3	Técnico
Femenino	57	Técnico en sistemas	Unión libre	4	Técnico
Masculino	61	Carpintería	Casado	3	Bachiller
Femenino	45	Comisionista	Soltera	3	Técnico
Masculino	63	Mecánico automotriz	Unión libre	2	Técnico
Femenino	52	Vendedora	Soltera	3	Bachiller
Femenino	32	Enfermera MSc Salud Pública	Unión libre	4	Magister
Masculino	26	Enfermero Esp. Adulto	Casado	3	Especialista
Femenino	41	Enfermera Esp. Cuidado crítico	Unión libre	4	Especialista
Femenino	33	Enfermera Esp. Adulto	Unión libre	3	Especialista
Femenino	37	Enfermera MSc. Administración Salud	Casada	4	Magister

Fuente: elaboración propia

A partir del análisis de las prácticas, se observó que la construcción del cuidado en personas con PAA surge de la interacción de diversos actantes humanos y no humanos que se conectan a través de redes donde convergen múltiples prácticas. El análisis devela que los enfermeros, junto con otros actantes, coordinan redes que dan forma al cuidado en un proceso dinámico, complejo y provisional. Los resultados se organizan en tres categorías, sustentadas en la teoría del actor-red. La primera categoría describe a los actantes que participan en la construcción del cuidado. La segunda categoría se centra en las prácticas que hacen posible el cuidado. Por último, la tercera categoría expone las redes que se forman al vincular actores y prácticas en la construcción del cuidado.

## Actantes involucrados en la construcción del cuidado

El cuidado se construye a partir de la combinación de diversos actantes, uno de ellos es la medición de la presión arterial, cuyo resultado superior a 140/90 mmHg, determina la necesidad de una atención continua en el ámbito biomédico. Esta medición (cifra) se considera un actante dotado de agencia, ya que todas las personas entrevistadas reconocen su capacidad para desencadenar acciones en el sistema sanitario. A partir de la interpretación de los valores numéricos, surgen diferentes prácticas de cuidado que implican la interacción entre los individuos afectados, los enfermeros, procesos administrativos y asistenciales del sistema de salud. La cifra de presión arterial no es una simple medición, sino que desempeña un papel determinante en la transición entre lo que se considera normal y patológico (21).

Otro actante relevante que se asocia con factores como los antecedentes médicos, la herencia genética y las desviaciones fisiológicas detectadas en los exámenes paraclínicos, así como el uso de tecnología, es el diagnóstico de hipertensión arterial. Este diagnóstico establece pautas terapéuticas que incluyen el uso de medicamentos, consultas especializadas, tecnología médica y exámenes diagnósticos, así como modificaciones en los hábitos de vida. Las personas con PAA perciben este actante como un rótulo que llevarán de por vida, lo que transforma su identidad de persona a paciente. Además, este actante modifica las características fisiométricas del cuerpo, desarrollando su susceptibilidad a ser intervenido mediante acciones biomédicas. El objetivo es lograr que el cuerpo sea maleable y pueda ser tratado según ciertos parámetros, a través de prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. Desde la perspectiva de las personas, el diagnóstico se percibe como un intruso, un evento ajeno en la vida cotidiana, ya que se introduce en el hogar como un nuevo miembro de la familia, exigiendo el cumplimiento de diversas prácticas, ajustes, desajustes y cuidados que van más allá de la dinámica clínica.

Los antecedentes genéticos también emergen como un actante que genera preocupación debido a su limitada modificabilidad. Esta situación requiere la adopción de diversas prácticas de cuidado, como la evaluación continua y la adopción de un estilo de vida saludable. Por otro lado, las manifestaciones sintomáticas se presentan como un actante relevante que evidencia alteraciones en la presión arterial, lo cual exige una acción inmediata para contrarrestar o limitar el daño potencial causado por la PAA. Además, se destaca el actante de la farmacoterapia, considerada como la estrategia principal del modelo biomédico. Las personas prestan una gran atención a este actante para cumplir con los regímenes de tratamiento establecidos. Superar el miedo generado por la amenaza de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial está relacionado con la noción de *asesino silencioso*, un actante arraigado en el discurso biomédico que hace referencia al peligro que representa la falta de control del nivel de presión arterial.

Por otro lado, se encuentra la "orden de apoyo", un documento transaccional que desempeña un papel preponderante al determinar el acceso a los servicios de salud necesarios para el mantenimiento de la salud. Esta "orden" se establece según criterios administrativos y la disponibilidad de recursos de la Entidad Promotora de Salud (EPS), y define la realización de las atenciones requeridas.

Un actante relevante hace referencia al *indicador*, utilizado para evaluar el éxito o fracaso de las acciones emprendidas para controlar la PAA. El sistema sanitario utiliza la epidemiología para comprender el impacto de la enfermedad, tanto a nivel individual como en hospitales, municipios, departamentos y el país en general. Este actante permite calificar el proceso de gestión de las instituciones y evaluar la eficacia de sus planes, lo cual guía la toma de decisiones para promover el cuidado desde una perspectiva más amplia, como la salud pública. Otro actante estrechamente vinculado en los entornos sanitarios y que permea la vida cotidiana es el discurso del *riesgo*, el cual señala una disputa entre lo que se considera "bueno y malo" para el control de la enfermedad. Opera mediante restricciones en la vida diaria, desde la estigmatización de ciertos alimentos, hasta la asignación de responsabilidades individuales para mitigar las complicaciones que genera la PAA.

## **Prácticas involucradas en la construcción del cuidado**

El cuidado se construye a través de diversas prácticas realizadas por enfermeros, el equipo de salud, personas con PAA, sus familias, amigos y líderes comunitarios. Una de las prácticas más destacadas es el uso de medicamentos, considerado como un método altamente efectivo para controlar la PAA (de alta eficacia simbólica). No obstante, esta práctica requiere continuidad, responsabilidad y cumplimiento de horarios, además de la gestión de múltiples actantes que van desde la generación de la receta médica y autorizaciones, hasta procesos administrativos y la disponibilidad de medicamentos en las farmacias.

Las prácticas que se integran en la vida cotidiana y contribuyen al cuidado están relacionadas con estilos de vida saludables, como ajustes en la alimentación, la práctica de actividad física y la limitación del consumo de alcohol y tabaco. De otra parte, la práctica religiosa desempeña un papel preponderante, ya que las personas buscan la intervención divina para que los medicamentos actúen de manera efectiva y reduzcan el riesgo de accidentes cerebrovasculares o infartos. El uso de plantas medicinales locales y frutas ácidas complementa los tratamientos prescritos por el sistema de salud, a pesar de las disonancias cognitivas que puedan existir entre estos dos enfoques de tratamiento.

Cumplir con las prácticas terapéuticas demanda acciones no solo desde la dinámica biomédica, su actuar se extiende a la utilización de recursos de diferentes procedencias enredados en un campo de acción donde convergen aspectos culturales, sociales, políticos y económicos. Justamente, acciones de tipo administrativo surgen como prácticas que aportan a la construcción del cuidado. Para alcanzar la efectividad del tratamiento se deben gestionar documentos, procesos transaccionales, solicitudes de servicios, llamadas telefónicas, asistencia a diferentes instituciones, uso de teléfonos inteligentes, internet, entre otros. Ahora bien, del grado de conocimiento del sistema sanitario y del uso de la tecnología depende el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos. La adherencia terapéutica es otra práctica que involucra actantes y acciones asistenciales, administrativas y educativas para lograr el propósito de tratamiento; aquí se movilizan procesos de seguimiento, captación y reingreso de personas que han asumido de manera parcial la terapéutica, movilizando diversos recursos de las instituciones sanitarias, la familia y la comunidad.

## **Redes conformadas en la construcción del cuidado**

La interacción de diferentes actantes y prácticas en escenarios cotidianos se traduce en la formación de redes que construyen el cuidado. Una red de gran importancia es el entramado de procesos asistenciales, donde actores humanos como no humanos trabajan en conjunto para lograr objetivos terapéuticos. Profesionales de la salud, personal técnico, equipos médicos, documentos, sistemas de información, historias clínicas, fonendoscopios y tensiómetros, así como los procesos administrativos, se combinan para lograr el proceso de atención en salud.

Cuando las personas trascienden el ámbito clínico, el manejo de la PAA requiere una atención continua del proceso terapéutico. Estas demandas convocan a diferentes actores y prácticas que, al unirse en redes, involucran a los familiares en el cuidado. Esto implica ajustar hábitos alimentarios, reducir el consumo de sal y grasas, realizar actividad física, controlar el consumo de alcohol y tabaco, así como brindar apoyo emocional y asistir en los trámites administrativos para obtener insumos y servicios. Otra red importante es el apoyo de amigos, quienes contribuyen a mantener las recomendaciones terapéuticas. Además, las personas con PAA se unen en grupos para respaldar el cumplimiento de los tratamientos y se involucran como referentes para otros al compartir sus experiencias como "pacientes" y lidiar con la enfermedad.

Los líderes comunitarios desempeñan un papel crucial al establecer una red de apoyo que respalda la gestión de los procesos de atención a nivel local. Su labor incluye abogar por el cumplimiento del derecho a la salud por parte de los actores sanitarios, facilitando el acceso continuo y oportuno a servicios e insumos.

El cuidado emerge cuando los actores del sistema de salud trabajan en conjunto a través de redes para garantizar la prestación de los servicios. Hospitales, EPS, secretarías de salud municipales y departamentales se unen para llevar a cabo procesos de atención y gestionar acciones en el ámbito de la salud pública. Esto se logra mediante la implementación de la política sanitaria, que incluye planes, programas y proyectos, y asigna responsabilidades y roles específicos a cada actor del sistema. Así las cosas, el cuidado emerge como una entidad con capacidad de agencia, generando impacto en diferentes redes (11) y convocando a actores en contextos biomédicos, culturales, sociales, políticos y económicos.

En el ejercicio praxiográfico de rastreo de la construcción del cuidado, emergieron cinco campos de información donde se entrelazan prácticas, actantes y redes que dan forma a la realidad. Estos campos corresponden a los escenarios individual, familiar, comunitario, cuidadores de salud y sistema sanitario.

## Discusión

En el ámbito de la construcción del cuidado en personas con PAA, se destaca la predominancia de enfoques biomédicos en los entornos de atención sanitaria. Estos enfoques se basan en un sistema de conocimiento influenciado por la ciencia positivista y se centran en la autoridad de los expertos. Este hallazgo contrasta con las ideas planteadas por Foucault (22), quien argumentaba que el saber biomédico se considera superior a otras formas de atención y cuidado. Según Menéndez (23), esta dinámica crea una estructura de poder colonial y eurocéntrica en el sistema sanitario y jerarquías entre quienes poseen conocimiento y quienes no.

En los campos de información abordados, la salud y la enfermedad no se reducen únicamente a medidas numéricas, desviaciones estadísticas o procesos anatómo-fisiológicos. De hecho, son conceptos fundamentalmente sociales y van más allá de parámetros científicos predefinidos tal como lo postula Canguilhem (21).

En el entramado de las redes que conforman el cuidado, aparecen actores del ámbito biomédico que poseen agencia y ejercen influencia en el proceso de cuidado en el entorno cotidiano. Elementos no humanos, como la cifra, el diagnóstico, el rótulo, la intrusa, el asesino silencioso; protocolos de atención, riesgos, indicadores, órdenes de apoyo; farmacoterapia, genética y síntomas se agrupan para generar procesos que permiten llevar a cabo el cuidado. Hallazgos similares fueron descritos por Mol (13) en la praxiografía de la arteriosclerosis, donde diferentes actantes no humanos se vinculan para construir la enfermedad, lo cual devela posibilidades para brindar cuidado. Las prácticas demuestran cómo esta entidad adquiere identidades diversas y cambiantes a través de la combinación y coordinación de diferentes actantes. En este sentido, el cuidado se enactúa mediante el uso de la farmacoterapia, la adopción de estilos de vida saludables, prácticas religiosas, procesos administrativos, uso de plantas medicinales, tecnologías, adherencia al tratamiento, entre otros.

El uso de tecnologías de la información y dispositivos móviles puede mejorar la atención y el cuidado de las personas con PAA, como se ha observado en estudios previos realizados por Vialart (24). Sin embargo, la falta de conocimiento y el acceso limita su efectividad. Las creencias y actitudes religiosas también desempeñan un papel importante en el cuidado, ayudando a resolver problemas y situaciones estresantes, así como promover la recuperación y facilitar la comunicación, similar a lo descrito por Alexandri et al., (25). Además, es común el uso de plantas medicinales recomendadas por familiares, vecinos y amigos en la vida cotidiana, como se ha documentado en estudios como el de Mejía et al., (26).

Es común que las personas recurran al uso de acciones legales, como la tutela y las demandas judiciales, a fin de lograr acceder a los servicios y suministros terapéuticos. Bejarano (27) describió desafíos similares, como restricciones en las autorizaciones para la provisión de servicios. Por su parte, Restrepo (28) identificó barreras como altos costos de medicamentos y demoras en las consultas médicas y exámenes paraclínicos, donde los procesos administrativos limitan el acceso y fragmentan los servicios de salud, lo que debilita la calidad y eficacia de la atención.

El cuidado implica la interacción de actores y prácticas, formando redes de atención. Entre ellos destaca la biomedicina, los amigos, grupos de ayuda (clubes de hipertensos), líderes comunitarios y la política sanitaria. La familia desempeña un papel importante en el cuidado al incorporar trabajo físico, emocional e intelectual, aportando una alianza con el sistema sanitario. Hallazgos similares describió Velásquez (29) en la investigación sobre la relación del enfermo con la familia, y Xiong et al. (30), al asumir el hogar como un entorno propicio para el cuidado, donde se comparten lazos de parentesco y se ven influenciados por un sistema sociocultural que involucra creencias, valores y significados.

El campo de información comunitario se presenta como un contexto donde los enfermeros brindan cuidado de manera amplia, enfocándose en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este enfoque se alinea con los hallazgos descritos por Lagoueyte (31), quien destaca cómo en este campo se construye el cuidado a través de las redes de amigos, vecinos y compañeros de trabajo que brindan apoyo emocional para enfrentar los desafíos de la enfermedad.

El cuidado visto desde la TAR adquiere diferentes formas y se vuelve múltiple al estar influenciado por procesos culturales, sociales, políticos y económicos en los que las personas y los proveedores de atención sanitaria participan para promover la salud. Esta perspectiva ha sido planteada por Díaz (32), quien destaca la importancia del enfoque cultural en el cuidado al reconocer los significados construidos por las experiencias de vida y las representaciones sociales.

## Conclusiones

De acuerdo con la teoría del actor-red, al rastrearse de cerca, el cuidado en personas con PAA se construye mediante la interacción de actores humanos y no humanos, la realización de diversas prácticas y la formación de redes a través de relaciones entrelazadas. Se identificaron cinco campos de información donde se llevan a cabo prácticas que ponen en acción el cuidado: prácticas individuales, familiares, comunitarias, de los cuidadores de salud y del sistema sanitario. Estas prácticas se entrelazan y se encuentran dentro de redes donde las personas interactúan con objetos, materialidades, actantes y entidades que trascienden el ámbito biomédico, involucrando aspectos culturales, sociales, políticos y económicos. El cuidado se constituye como una entidad que surge de la interacción entre personas, familias, consultorios, hospitales, cuerpos humanos, máquinas, bases de datos, monitores y muchas otras entidades. En este sentido, el cuidado es múltiple, es decir, en la realidad adquiere una identidad diversa conformada por diferentes prácticas. Los hallazgos de esta investigación permiten reflexionar, analizar y vincular diferentes actores en los entornos de cuidado a personas con PAA, con el propósito de repensar la labor diaria de los profesionales de enfermería, a fin de promover la innovación en el cuidado. Es importante considerar elementos que quizás han sido pasados por alto debido al enfoque biocéntrico predominante, y así superar las perspectivas estrictamente biomédicas para reconocer los contextos en los que se desarrolla la vida de las personas, familias y comunidades.

## Limitaciones

Debido a la naturaleza cualitativa del estudio, los resultados aplican específicamente al contexto en el que se llevó a cabo la investigación. De otra parte, por las limitaciones del muestreo se sugiere que investigaciones futuras podrían considerar ampliar el alcance poblacional mediante criterios inclusivos que involucren a familiares, auxiliares de salud y amigos con experiencias en el cuidado.

## Financiamiento

Ninguno.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Calegari R, Massarollo M, Santos MJ. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Spec No)42-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800006>
2. Parrado Y, Caro-Castillo C. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Av. enferm.* [Internet]. 2008 julio 1;26(2):116-25. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12946>
3. Roper N., Logan W, Tierney A. *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living*, Edinburgh: Churchill Livingstone. Royal College of Nursing; 1996.
4. Soares J, Silva I, Moreira M, Martins Á, Rebouças V, Cavalcante, E. Transcultural theory in nursing care of women with infections. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 4):e20190586. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0586>
5. Olivé C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. *Fundamentos disciplinares. Salus* [Internet]. 2015;19(3):20-6. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382015000300005&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000300005&lng=es)
6. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: 2004. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
7. Durán de Villalobos M. El cuidado: pilar fundamental de enfermería. *Av. enferm.* [Internet]. 1994,12(1):16-23. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16549>
8. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
9. Ruilope L, Chagas A, Brandão A, Gómez-Berrotarán R, Alcalá J, Paris J, Cerda J. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2017;34(1):50-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2016.11.005>
10. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2021. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2021/>
11. Latour B. *Reensamblar lo social*. Buenos Aires: Manantial; 2005.
12. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa; 1987.
13. Mol A. *El cuerpo múltiple; ontología en la práctica médica*. Colombia: Universidad del Cauca; 2022.
14. Bernasconi O. ¿Qué nos hace ser individuos? Por un enfoque post-humano, pragmático y relacional. *Athenea Digital*, [Internet]. 2015;15(2):205-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53741125008>

15. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
16. Portela S, Portela H. El arco, el cuerpo y la seña. Cosmovisiones de la salud en la cultura Nasa. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2018.
17. Garrido N. El método de James Spradley en la investigación cualitativa. *Enfermería (Montev.)* [Internet]. 2017;6(Especial):37-42. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1449>
18. Calderón, C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud: Apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2002;76(5):473-82. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=es)
19. Bernal C. Metodología de la investigación. México: Pearson-Prentice Hall; 2006.
20. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013; 310(20):2191-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
21. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1971.
22. Foucault M. El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores; 2004.
23. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva* [online]. 2020;16:e2615. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
24. Vialart M, Vidal M, Sarduy Y, Delgado A, Rodríguez A, Fleitas I. Aplicación de la eSalud en el contexto cubano. *RevPanam Salud Pública*. 2018;42:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.19>
25. Alexandri A, Georgiadi E, Mattheou P, Polikandrioti M. Factors associated with anxiety and depression in hospitalized patients with first episode of acute myocardial infarction. *Arch. Med. Sci. Atheroscler. Dis*. 2017 Dec 31;2:e90-e99. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/amsad.2017.72532>
26. Mejía J, Carrasco E, Miguel J, Flores S. Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y medicina alternativa/complementaria en usuarios de consulta externa en Lima. *Rev Perú Med Integrativa*. 2017;2(1):47-57. Disponible en: <https://doi.org/10.26722/rpmi.2017.21.44>
27. Bejarano-Daza J, Hernández-Losada D. Fallas del mercado de salud colombiano. *Rev Fac Med*. 2017;65(1):107-13. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>
28. Restrepo-Zea J, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2014;13(27):236-59. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs13-27.assa>
29. Velásquez C. La enfermería latinoamericana y su re-significación social y cultural. *Aquichan*, 2022;22(3):e2231. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.1>
30. Xiong S, Degroote N, Byington H, Harder J, Kaminski K, Haglund K. Engaging in Culturally Informed Nursing Care With Hmong Children and Their Families. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(1):102-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.08.008>
31. Lagoueyte Gómez M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2015; 47(2):209-13. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4846>
32. Díaz J, Velásquez V, López A. Efecto programa de salud domiciliaria en personas ancianas de grupos culturalmente diversos. *Rev. cienc. cuidad.* [Internet]. 2018;15(2):79-90. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1403>

## Notas

- \* Artículo original de investigación

*Cómo citar este artículo:* Sotelo Daza J. Construcción del cuidado en personas con presión arterial alta: miradas desde la teoría del actor-red. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2023; 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.ccpp>