

CREENCIAS SOBRE EL ORIGEN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA PADECER HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS MEXICANOS

Beliefs about the Origin of the Risk Factors for Suffering from Hypertension in Hypertensive Mexican Group Patients

Arrieta-Pérez RT, * Garfías-Jiménez F. **

*Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS) Unidad de Medicina Familiar No. 94 en la ciudad de México. ** Residente en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS en la ciudad de México.*

Correspondencia: Dr. Raúl Tomás Arrieta.

Correo electrónico: drarrieta01@yahoo.com.mx

Recibido: 08-12-09

Aceptado: 21-01-10

RESUMEN

Objetivo: Identificar las creencias que sustentan el origen de los factores de riesgo en la Hipertensión Arterial en un grupo de pacientes hipertensos. **Material y Métodos:** Estudio cualitativo de tipo etnográfico desde la perspectiva de la teoría fundamentada. Se entrevistó a 16 pacientes hipertensos, adscritos a una Unidad de Medicina Familiar de la ciudad de México. A partir de la revisión de la literatura médica se conformaron las categorías para el análisis; se integró cada factor de riesgo como una categoría. Los ejes establecidos para el análisis del discurso fueron los factores que incrementan o disminuyen la presión arterial. **Resultados:** Los factores de riesgo más frecuentemente señalados fueron la alimentación inadecuada, factores psicosociales relacionados a cargas de estrés en el que se incluyó una gran diversidad de situaciones y sentimientos que lo generan; así como la importancia y beneficios del ejer-

cicio físico. **Conclusiones:** Las creencias sobre el origen de los factores de riesgo se integraron por la percepción de eventos particulares predominando las situaciones en las que los pacientes son sometidos a cargas de estrés. No obstante, que los participantes creen que estos factores influyen en su salud no realizan acciones tendientes a corregirlos.

Palabras Clave: Hipertensión, Factor de riesgo, Medicina Familiar.

ABSTRACT

Objective: To identify beliefs those support the origin of the risk factors in Hypertension in hypertensive Mexican group patients. **Material and Methods:** A qualitative ethnographic study from the perspective of grounded theory. We interviewed 16 patients with hypertension enrolled in a Family Medicine Unit in Mexico City. From the review of the literature categories were formed for analysis joined each risk factor as a category. The axes set for discourse analysis were the factors that increase or decrease blood pressure. **Results:** The most common risk factors identified were inadequate nu-

Antecedentes del tema de investigación

La mayoría de los enfermos con Hipertensión Arterial Sistémica mantienen una serie de expectativas que los orientan a buscar soluciones a su enfermedad; en forma paralela existen imágenes distintas, contrapuestas e incluso contradictorias en torno a la eficacia de los tratamientos médicos. Aún

cuando los pacientes siguen las recomendaciones de los médicos, el enfermo tiene la esperanza de encontrar la curación en otras "medicinas", las cuales pueden estar presentes como una expresión de la cultura popular.

trition, psychosocial factors related to stress loads that included a variety of situations and feelings that generate; and the importance and benefits of exercise. **Conclusions:** Beliefs about the origin of the risk factors were integrated by the perception of particular events dominate the situations in which patients are subjected to stress loads. However, participants believe that these factors influence their health do not perform actions to correct them.

Key Words: Hypertension, Risk factor, Family Medicine.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre fácil de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no se trata. Su importancia reside en el hecho de que cuanto mayor sea la cifra de presión, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos¹. La HAS es un trastorno que afecta aproximadamente a un billón de personas en todo el mundo. La prevalencia aumenta progresivamente con la edad y llega a alcanzar cifras superiores al 50% entre los individuos de más de 65 años. El descenso de la prevalencia en los hombres observado a partir de los 70 años puede ser fruto del aumento de la mortalidad en las décadas previas².

En México, la prevalencia identificada de HAS para el año 2000 fue del 30.05%, es decir más de 16 millones de Mexicanos entre los 20 a 69 años. En el año 2000 se demostró que aproximadamente el 61% de los hipertensos desconocen ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde su inicio y, probablemente, ya habrá en su mayoría daño a órgano blanco³.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 94 del Instituto Mexicano del Se-

guro Social (IMSS) de la ciudad de México; la hipertensión arterial ocupa el primer lugar dentro de las cinco principales enfermedades crónico-degenerativas de demanda atención médica. Ocupando el primer lugar de incidencia. La existencia de la HAS guarda estrecha relación con la edad, el género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias y tabaquismo. Así la forma, tipo y gravedad en que la HAS interacciona con estos factores, determina la magnitud de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para el establecimiento de un tratamiento médico óptimo².

La mayoría de los enfermos con HAS manejan una serie de expectativas que los orientan a buscar soluciones a su enfermedad, existiendo imágenes distintas, contrapuestas e incluso contradictorias en torno a la eficacia de los tratamientos curativos, ya que aunque se sigan las recomendaciones de los médicos siempre se tiene la esperanza de encontrar la curación en otras "medicinas", presentes como una expresión de la cultura popular y que sobreviven a pesar del impetuoso adelanto de la modernidad⁵.

Para tratar de explicar por qué estas prácticas sobreviven, debemos entenderlas como experiencias colectivas que tienen lugar en un mundo de vida compartido e histórico, manifestaciones que pueden tomar la forma de refranes, chistes, historias, leyendas. Todo esto alimenta la memoria colectiva y otorga sentido a la existencia, son experiencias que se viven colectivamente y que se recuerdan de la misma forma. Así se conforma un repertorio de saberes y prácticas que van enriqueciendo el legado cultural, al mismo tiempo que mantiene las tradiciones⁶. El objetivo de este estudio fue identificar e interpretar las creencias que exhiben las personas, portadoras de hipertensión arterial, sobre los factores de riesgo para esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, transversal, descriptivo, de tipo etnográfico desde la perspectiva de la teoría fundamentada, en 16 sujetos portadores de hipertensión arterial, adscritos a la UMF No 94, mediante el empleo de entrevistas no estructuradas. Debido a que se trató de un estudio de tipo cualitativo, no se consideró necesario el cálculo de un tamaño de muestra probabilística, el tamaño final de la muestra de estudio fue determinado por la saturación de las categorías establecidas durante el proceso de análisis de la investigación. El estudio se desarrolló entre los años 2008-2009.

La muestra se obtuvo invitando de manera personalizada a los posibles candidatos, de los derechohabientes que se encontraron en la sala de espera de la consulta externa de la UMF 94 del IMSS, quienes tuvieron el diagnóstico de HAS sin importar el turno al que acudían, el sexo, estado civil u ocupación. El muestreo fue intencionado y por “casos tipo” con la finalidad de cubrir la heterogeneidad que caracteriza a los portadores de este padecimiento. Aquellos que aceptaron participar se les hizo llenar un formato de consentimiento informado. La entrevista fue grabada en audio y se seleccionaron los casos con mayor información para el análisis del discurso.

El material así obtenido fue transcrito en procesador de textos de manera inmediata y fue preparado para su análisis en el programa *Atlas Ti*. Tentativamente los segmentos utilizados para el análisis estuvieron representados por párrafos de los cuales consideramos unidades de análisis sólo aquellas que contuvieron información relevante para los objetivos del estudio. A partir de las unidades de análisis se procedió al establecimiento de categorías y codificación de las mismas. Las categorías detectadas fueron incorporadas a las entrevistas subsecuentes, con el fin de explorar su creencia sobre las mismas, refinar las categorías y lograr la saturación de

las mismas. Una vez saturadas las categorías se concluyó el proceso de recolección de la información y se procedió al análisis central de las categorías.

La información recabada fue analizada en forma independiente por cada uno de los investigadores como mecanismo de control de la percepción de las categorías y aclaradas con los participantes como mecanismo de triangulación de la información. Una vez concluido el análisis de la información se procedió a la elaboración del informe de investigación.

RESULTADOS

El estudio estuvo integrado por un total de 16 participantes de los cuales la mitad correspondió a cada sexo, el promedio de edad fue de 58 años con un rango de 20 años; quince de ellos dedicados al hogar, escolaridad: secundaria, se presentó en la mitad de los casos aunque se incluyeron sujetos desde primaria hasta licenciatura; y en su mayoría se encontraron casados y de religión católica (Cuadro I).

En el análisis del discurso identificamos que los participantes percibían la noción de enfermedad sólo en presencia de síntomas y a partir de ellos construyeron su concepto de enfermedad. Por otra parte pudimos observar que en algunos casos la respuesta emitida acerca de las creencias sobre los factores de riesgo, involucraba el mecanismo real de producción de la hipertensión.

Los factores de riesgo identificados fueron:

Herencia Genética: Esta categoría fue poco señalada por los participantes y escasamente se identificó como un factor de riesgo, en la mayoría de los casos en que fue señalada, la refirieron sólo como “probabilidad de su influencia”.

Edad: Considerada como factor de riesgo para la presentación de hipertensión arterial,

Las creencias sobre el origen de los factores de riesgo para padecer una enfermedad deberían entenderse como experiencias colectivas que tienen lugar en un mundo de vida compartido e histórico y que pueden tomar la forma de refranes, chistes, historias y leyendas. Estos elementos podrían alimentar la memoria colectiva y otorgar sentido a la existencia, se podrían identificar como experiencias que se viven colectivamente. Así, se ha conformado un repertorio de saberes y prácticas que van enriqueciendo el legado cultural, al mismo tiempo que ayudan a mantener las tradiciones sobre el complejo fenómeno salud-enfermedad.

Aportaciones de esta investigación

Los factores de riesgo identificados en esta investigación fueron: Herencia Genética, Edad, Sedentarismo, Obesidad, Factores psicosociales, Alimentación, Tabaquismo, Diabetes Mellitus y Dislipidemia.

CUADRO I
Caracterización de la muestra de estudio.

Participante	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Religión
1	Femenino	63	Licenciatura en Enfermería	Hogar (jubilada)	Casada	Católica
2	Masculino	66	Bachillerato	Hogar	Casado	Católica
3	Femenino	61	Secundaria	Hogar	Soltera	Testigo de Jehová
4	Femenino	53	Primaria	Hogar	Casada	Católica
5	Femenino	58	Bachillerato	Hogar	Casada	Católica
6	Masculino	48	Licenciatura en derecho	Abogado	Viudo	Cristiano
7	Femenino	62	Secundaria	Hogar	Casada	Católica
8	Masculino	64	Secundaria	Hogar (Jubilado)	Casado	Católica
9	Masculino	57	Secundaria	Hogar (Jubilado)	Casado	Católica
10	Femenino	67	Bachillerato terminado	Hogar	Madre soltera	Católica
11	Masculino	56	Primaria	Hogar	Casado	Católica
12	Masculino	58	Secundaria	Hogar	Casado	Católica
13	Masculino	62	Secundaria	Hogar (Jubilado)	Casado	Cristiana
14	Femenino	46	Bachillerato	Hogar	Casada	Católica
15	Masculino	60	Secundaria	Hogar (Jubilado)	Casado	Católico
16	Femenino	56	Secundaria	Hogar	Casada	Católica

quienes la señalaron así mencionaban que el riesgo se incrementaba conforme se incrementaba la edad.

Sedentarismo: Este factor fue señalado ya sea como falta de ejercicio o bien como sedentarismo propiamente dicho. Es importante señalar que los participantes diferenciaron entre el no hacer ejercicio y dejarlo de hacer; en ambos casos se señaló como factor que favorecía el incremento de la presión arterial y el aumento de peso, así mismo señalaron que el exceso de ejercicio incrementaba la presión arterial y de igual forma el inicio de la rutina de ejercicio ocasionaba un incremento de la presión arterial que disminuía a medida que se realizaba el ejercicio.

Obesidad: Los participantes consideraron que la presencia de obesidad o el subir de peso

incrementaban la presión arterial, a su vez este incremento en el peso se explicó como una ingesta excesiva de grasas o bien como una predisposición familiar a la obesidad.

Estrés: El total de los entrevistados mencionó algún aspecto relacionado con este factor señalando: *la influencia negativa que las emociones y situaciones de estrés tienen sobre la presión arterial*. Aunque inicialmente se buscó la relación de distintos factores psicosociales con la presencia de HAS. Finalmente, concluimos que la mayor parte de estos factores, para los participantes, ejercían su influencia a través del desarrollo del estrés.

Fármacos: Los participantes no consideraron el consumo de algún fármaco como posible causa de hipertensión arterial. La categoría *medicamento* fue señalado exclusi-

vamente en el descontrol de la hipertensión y como resultado de la ingesta de fármacos inadecuados para el padecimiento.

Alimentación: Los entrevistados señalaron en su discurso que este factor influye en que aumenta la presión arterial. Los códigos que conformaron esta categoría fueron: ingesta de carnes rojas, ingesta de grasas, consumo de sal, ingesta de frutas, consumo de pollo, comida chatarra y falta de ingesta de verduras cada uno de ellos fueron señalados por los participantes como un elemento de la alimentación que favorecía la hipertensión. El código con mayor frecuencia de mención fue la ingesta de grasa y el menos señalado fue la falta de ingesta de verdura.

Tabaquismo: El consumo de cigarro no fue bien identificado como factor de riesgo, en algunos casos señalaron su influencia para la presentación de la enfermedad y en otros no tenían claro si esta influencia era real.

Diabetes Mellitus: Se estableció, una relación entre la presencia de un descontrol glucémico y la aparición de hipertensión señalando: *que si el "azúcar" aumenta la presión también.*

Dislipidemia: Quienes señalaron esta alteración como factor de riesgo para hipertensión establecieron una relación con la presencia de un exceso de grasa en la sangre que afecta las arterias como resultado de un consumo excesivo de esta misma grasa.

Raza: Este elemento no fue considerado como un factor de riesgo por los entrevistados.

En la búsqueda de las relaciones entre las categorías para tratar de descubrir como el participante explicaba la producción de la HAS a partir de una categoría determinada, se establecieron ejes para este análisis a partir de los atributos que los participantes asignaron a cada una de las categorías en relación con la hipertensión, estableciéndose como elementos que incrementaban la pre-

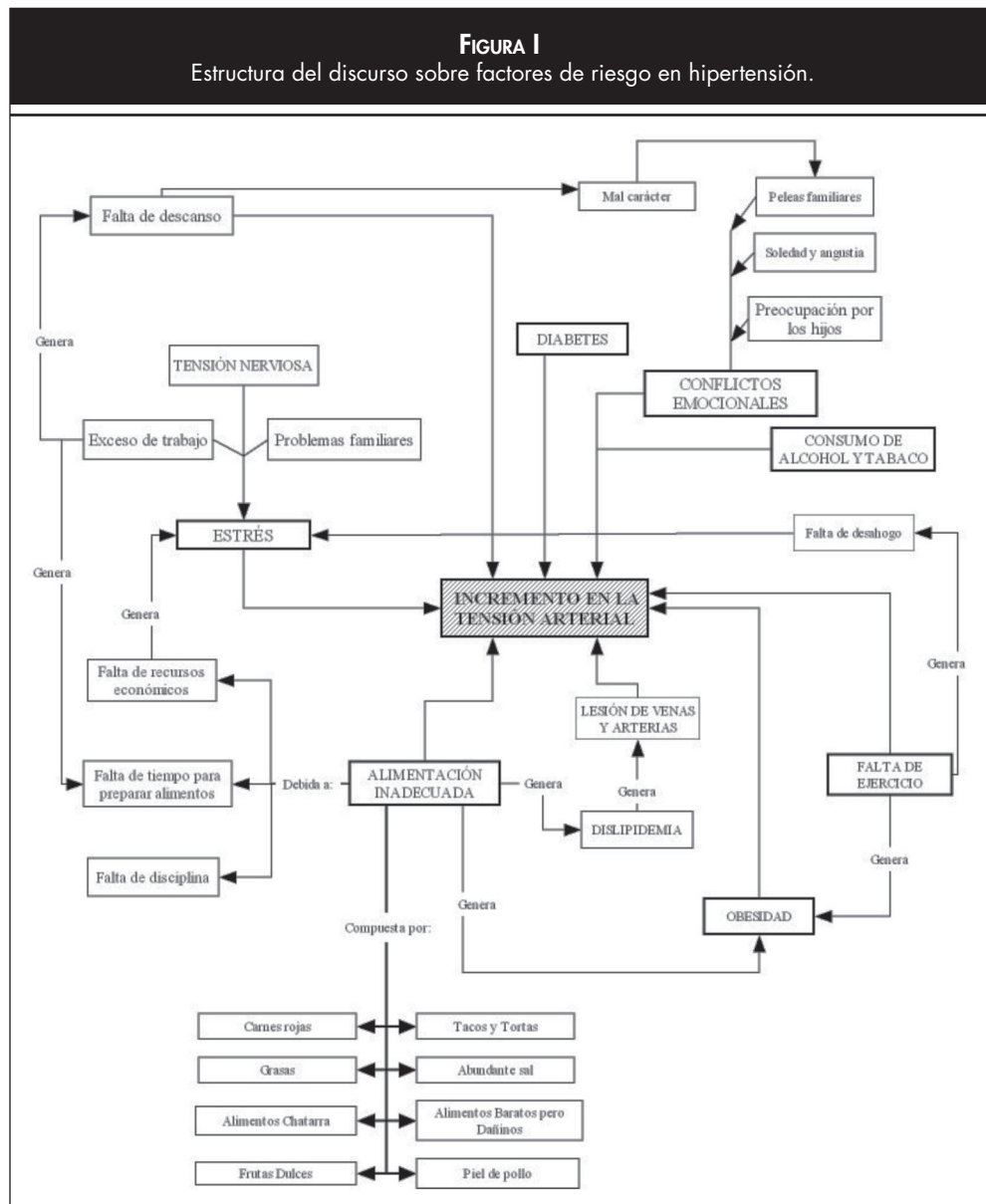
sión arterial y elementos que la disminuían; estos atributos se encontraron fuertemente ligados a la experiencia vivida por el participante. Durante esta búsqueda concluimos que los participantes explican la influencia de los elementos señalados no como factores que incrementan la presión o la disminuyen sino como elementos cuya presencia incrementa la presión arterial -y en contraparte- elementos cuya ausencia determina el incremento de ésta; con base en este análisis la estructura del discurso se estableció tal como se muestra en la Figura I.

En esta figura observamos que existieron categorías (las categorías se encuentran en recuadros con borde remarcado) a las que los participantes atribuyen una acción directa sobre el incremento en la presión arterial sin mediación de algún otro elemento que explique este incremento, tal es el caso de la Diabetes Mellitus en la que los participantes refieren una asociación entre el control de esta y el control de la hipertensión por lo que, en forma análoga, suponen que la presión se eleva cuando la diabetes se descontrola.

En el caso del estrés los pacientes lo identifican como causa pero no como parte de los mecanismos de producción de la HAS, refiriendo que *a mayor carga de estrés mayor presión arterial*; en algunos casos se estableció un símil entre la presión emocional y la presión arterial es decir el sufrir mucha presión emocional significa tener una presión arterial elevada. Así mismo en esta categoría observamos que los participantes equipararon muchos términos englobándolos en la categoría estrés de tal suerte que no existe diferencia entre términos como angustia, miedo o ansiedad. Sin embargo a pesar de que no tienen (y no tienen por qué tener) conocimiento sobre las diferencias en estas definiciones técnico-médicas están conscientes de que la presencia de estos elementos en forma prolongada son generadores de alteraciones fisiológicas en sus organismos.

En general el paciente es consciente del daño que algunos factores generan en su organismo por lo que deberíamos tratar de comprender la situación particular de cada enfermo e identificar de manera precisa las circunstancias que le impiden la realización de medidas que corrijan la presencia de estos factores y aún proponer estrategias acordes al contexto en el que el paciente se desenvuelve.

Es posible identificar diversas coincidencias en conceptos que permiten abordar situaciones relativas a la salud y poder interconectarlas con una mayor comprensión de la enfermedad, de manera que este conocimiento se vea traducido en un mejor control de la Hipertensión Arterial Sistémica en el ejercicio de los médicos familiares.



Llama la atención la frecuente alusión a la categoría *alimentación* realizada por los participantes, en especial a los efectos nocivos de dietas inadecuadas en la presión arterial, sin embargo a pesar de que identifican este elemento como un factor potencialmente dañino, en apariencia no hay una percepción del riesgo que este implica, de tal suerte que no se generan acciones encaminadas a corregir o eliminar este factor. Por otra parte, las razones que los participantes argumentan para no realizar acciones correctivas pueden ser, hasta cierto punto, válidas cuando se interpretan a partir de un contexto cultural de-

terminado y una situación personal específica. Los alcances de este estudio no fueron lo suficientemente amplios para señalar con precisión que elementos predominan para la preservación de estas conductas a pesar de que fueron plenamente identificadas por los participantes como conductas de riesgo.

Observamos que algunos participantes identificaron que la diabetes y su asociación con la hipertensión, pone de manifiesto que la ingesta en exceso de algunos alimentos genera *per se* un incremento en la presión arterial. En este sentido señalan que la ingesta de ali-

mentos con alto contenido de azúcar, como fue el caso de las *frutas*, produce de forma directa y casi inmediata un incremento en la presión arterial.

DISCUSIÓN

En una sociedad regida por el poder económico, no es de extrañar que muchos de los elementos identificados en el discurso de los participantes estén ligados a la situación económica en la que se desenvuelven. Así en el caso de la alimentación -la escasez de recursos económicos- es uno de los principales argumentos para realizar una dieta inadecuada. Esta situación lo lleva a enfrentarse a tensión constante, falta de tiempo para la preparación de alimentos, falta de periodos de descanso adecuados que a su vez condicionan la presencia de mal carácter y como consecuencia conflictos con la familia que a la larga generarán distanciamientos y sentimientos de soledad. Refiere que *las demandas propias del trabajo* condicionan falta de tiempo, además de cansancio, para realizar ejercicio el cual a decir de los participantes es un elemento para el desahogo de las tensiones, por lo que se incrementa la carga de estrés redundando en un incremento de la presión arterial y obesidad que a su vez generan la hipertensión.

Consideraciones finales

En esta investigación abarcamos el enfoque personal de cada participante; los factores de riesgo identificados fueron: *Herencia Genética*,

Edad, Sedentarismo, Obesidad, Factores psicosociales, Alimentación, Tabaquismo, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. Por otra parte, observamos que la ausencia de síntomas limita la percepción de daño y por ende las creencias desarrolladas podrían no ser generadoras de salud; gran parte de las creencias, pueden llegar a tener una base ya comprobada científicamente. Lo anterior nos enfrenta por una parte al reto de tratar de identificar las creencias no generadoras de salud de los pacientes para intentar corregirlas y por otra una vez identificadas las creencias generadoras de salud utilizarlas para lograr cambios en las conductas que nos lleve al logro de una verdadera medicina preventiva. Es evidente que en muchos de los casos el paciente es consciente del daño que algunos factores generan en su organismo por lo que debemos tratar de comprender la situación particular de cada uno de ellos, identificar de manera precisa que le impide la realización de medidas que corrijan la presencia de estos factores proponiendo estrategias acordes al contexto en el que el paciente se desenvuelve.

Los resultados presentados en este trabajo, no pueden ser generalizados dadas las características de la muestra, porque sabemos que la apreciación de cada paciente es estrictamente particular sin embargo, es posible identificar diversas coincidencias en conceptos que permitan abordar situaciones relativas a la salud e interconectadas con una mayor comprensión de la enfermedad, de manera que este conocimiento se vea traducido en un mejor control de HAS en el ejercicio de los médicos familiares.

Referencias

1. Gordon W. Vasculopatía hipertensiva. En: Fauci S, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, Hauser Stephen, Longo D, editores. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 14^o ed. España: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998:Vol 1. p.1574-1588.
2. Marrugat J. Enfermedades del aparato cardiovascular. En: Braunwald E, editor. *Tratado de Cardiología*. 4a ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1984:Vol. I p. 917-933.
3. Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velásquez MO, Martínez RJ, Méndez OA, et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. *Cohorte Nacional de Seguimiento Arch Cardiol Mex*. 2005; 75 (1): 96-111.
4. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - Complete Report*. JNC 7 Hypertension 2003;42:1:1206.
5. Moreno-San Pedro E, Rosales-Nieto J. El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003; 3: 91-109.
6. Acosta-González M, Debs-Pérez G, De la Noval-García R, Dueñas Herrera A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer*. 2005; 21:1-8.
7. Granados-Gamez G, Gil-Rosales J, Ybarra-Sagarduy JL. Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*. 2006; 18: 822-7