

ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN GÉNERO

SOCIAL REPRESENTATIONS STUDY OF ARTERIAL HYPERTENSION ACCORDING TO GENDER

Silvia Deborah Ofman*, Carolina Iris Pereyra Girardi**,
Pedro Cófreces*** y Dorina Stefani****

Instituto de Investigaciones Cardiológicas
«Prof. Dr. Alberto C. Taquini» (ININCA/UBA-CONICET), Argentina

Recibido: 26 de noviembre de 2014

Aceptado: 20 de marzo de 2015

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es identificar, de acuerdo al género, la estructura de las representaciones sociales de la hipertensión arterial que presentan los/as pacientes hipertensos/as. El diseño es descriptivo comparativo, de corte transversal, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa. La muestra estuvo integrada por 200 pacientes hipertensos/as adultos/as (100 varones y 100 mujeres), reclutados/as de distintos centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Los instrumentos utilizados fueron el *Cuestionario sociodemográfico y clínico*, la *Asociación de palabras de Abric* y el *Cuestionario sobre creencias de la hipertensión arterial*, elaborado *ad hoc*. Los resultados denotan cierta reproducción de los estereotipos de género en el anclaje de las representaciones sociales. Los varones se refieren más a los aspectos biomédicos y las mujeres a los factores emocionales. El énfasis en una de las causas de esta problemática conllevaría el riesgo de que cada grupo no se sienta vulnerable frente a otros factores que también influyen en el enfermar.

Palabras clave: Género, hipertensión arterial, pacientes, representaciones sociales.

ABSTRACT

The objective of this study is to identify, according to gender, the structure of social representations of arterial hypertension presented by hypertensive patients. The design is descriptive-comparative, cross-sectional, using quantitative and qualitative methodologies. The sample consisted of 200 hypertensive patients/adults (100 men and 100 women), recruited from different health centers in Autonomous City of Buenos Aires (Argentina). The instruments used were the *Socio-demographic and clinical questionnaire*, the *Word Associations by Abric*, and the *Questionnaire about beliefs in arterial hypertension*, developed *ad hoc*. The results show certain playback of gender stereotypes in the anchor of social representations. The men relate more to the biomedical aspects and women to the emotional factors. The emphasis in one of the causes of this problem would raise the risk in each group, of not feeling vulnerable to other factors that also influence in falling sick.

Keywords: Gender, arterial hypertension, patients, social representations

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

Introducción

En los últimos años, la teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici (1979) ha adquirido gran desarrollo y relevancia. Dicha teoría se ocupa de un tipo específico de conocimiento: el conocimiento social, es decir, cómo las personas piensan y organizan su vida cotidiana. Las representaciones sociales (RS) se definen como aquel saber espontáneo y de sentido común, socialmente elaborado y compartido. Representaciones que se sitúan en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social, encontrándose en permanente tensión entre ambos (Jodelet, 1984). Moscovici (1979) subraya el hecho de que se trata de un conocimiento consensuado, en el que predominan las regulaciones sociales. La corriente estructural de esta teoría, representada por Abric (2001), se centra en el estudio de la estructura de las representaciones sociales, la cual, se encuentra organizada jerárquicamente en un núcleo central y elementos periféricos.

Por definición, las RS se elaboran a partir de un objeto social (Jodelet, 1984). Las enfermedades conforman una de sus áreas de estudio, por constituir objetos culturalmente construidos (León, Páez y Díaz, 2003; Wagner y Elejabarrieta, 1997). Los trabajos que exploran las representaciones de las enfermedades crónicas (Torres-López, 2002) cobran especial relevancia por tratarse de padecimientos con los que conviven las personas gran parte de su vida. Las personas que padecen una enfermedad crónica elaboran las representaciones de su enfermedad a partir de una experiencia que conjuga información de carácter biomédico, vivencias subjetivas, y la interacción que establecen con su grupo social. El contexto social determina, en gran medida, el material sobre el cual se elaboran dichas representaciones.

La hipertensión arterial esencial (HTA) es una enfermedad que despierta interés para el campo de investigación de las RS (Torres-López, 2002). Este trastorno crónico constituye uno de los factores de riesgo más importante para las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, la HTA representa, a nivel mundial, uno de los mayores problemas de salud pública. En el año 2000, el 26.4 % de la población adulta mundial era hipertensa, y se pronostica que, para el año 2025, dicho porcentaje aumentará al 29.2 % (Kearney et al., 2005). En general, la

prevalencia de hipertensión es menor (35 %) en los países de altos ingresos en comparación con los de ingresos bajos y medios (40 %), diferencia que cabe atribuir, entre otros factores, al mejor acceso a la atención en salud (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La visión médica y epidemiológica conforma solo una parte del problema. Desde el punto de vista de las RS, la hipertensión se incorpora a las circunstancias de vida de quienes la padecen. Los motivos que elaboran los/as pacientes sobre las causas y el desarrollo de la enfermedad reflejan las historias personales, y en ocasiones se relacionan con situaciones que no comprenden o que causan tristeza y angustia (Campos-Navarro, Torrez y Arganis-Juárez, 2002).

Las representaciones sociales varían en función de los grupos o comunidades, de acuerdo a la formación de los sujetos (Denegri et al., 2010) y a su posición en el entramado social (Jodelet, 1984). En este sentido, el género, entre otras, es una variable que determina particularidades y diferencias, lo cual se puede observar en diversos trabajos de representaciones sociales (Larrañaga, Valencia y Ortiz, 2012; Seidmann et al., 2008; Silva et al., 2008; Torres-López, Sandoval-Díaz y Pando-Moreno, 2005).

Se entiende por género al...

Significado social de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos. (Gómez, 2002, p. 328)

Fernández (2011) sostiene que existen diferentes niveles en el desarrollo de las concepciones de masculinidad y feminidad: los rasgos, los roles, el estatus, los estereotipos, las simetrías/asimetrías, entre otros. En todos los casos, se trata de realidades construidas socialmente, que no son estáticas, sino que responden a diferentes momentos y contextos sociales.

El género atraviesa todos los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2008) y es un atributo que contribuye a configurar la salud de varones y mujeres, en función de su ubicación dentro de

* sdfman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos (Velasco, 2008).

Las enfermedades cardiovasculares, así como los factores de riesgo cardiovascular, constituyen problemáticas de salud sobre las que, desde hace algunos años, se debate la inequidad de género (Rohlfis et al., 2004). Según la literatura científica, durante muchas décadas se mantuvo una desigualdad entre varones y mujeres en la investigación sobre este tipo de enfermedades, hecho que quedó evidenciado en varios aspectos: la subrepresentación de las mujeres en los estudios y ensayos clínicos, la extrapolación de los resultados obtenidos en población masculina hacia la población femenina, y la ausencia de datos desagregados por sexo/género. A consecuencia de ello, el perfil psicosocial de vulnerabilidad estudiado en el paciente coronario varón, constituyó, tradicionalmente, el modelo de referencia para comprender el comportamiento general de la enfermedad, tanto en varones como en mujeres (Tajer, 2009).

Por este motivo, en los últimos años se ha promovido el estudio dichas enfermedades desde una perspectiva de género (Guerchicoff y Merhan, 2013; Rohlfis et al., 2004; Tajer, 2009; Valls-Llobet, 2001).

Objetivos

El objetivo general es analizar, de acuerdo al género, la estructura de las representaciones sociales de la hipertensión arterial de los/as pacientes.

Los objetivos específicos se refieren a:

- Describir el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra.
- Identificar los significados y creencias que elaboran los/as pacientes de la muestra sobre la hipertensión arterial, y comparar por género.

Método

Diseño

El diseño del estudio utilizado fue el descriptivo comparativo, de acuerdo al género, de corte transversal, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa.

Participantes

La muestra estuvo integrada por 200 pacientes hipertensos/as esenciales adultos/as (100 varones y 100 mujeres), quienes formaron parte de un proyecto de investigación mayor, y fueron reclutados/as de los siguientes centros de salud situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina): Instituto de Investigaciones Cardiológicas «Prof. Dr. Alberto C. Taquini» (ININCA-UBA/CONICET), Policlínico Bancario «9 de Julio» y Centro Médico Caballito. La estrategia de muestreo utilizada fue la no probabilística, de tipo intencional.

Los criterios de inclusión utilizados se refieren a:

- Tener más de un año de diagnóstico de HTA esencial.
- Realizar tratamiento médico para la HTA.
- Firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos o dificultades físicas, que limiten su participación.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico y clínico.* Con la finalidad de obtener el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra, se elaboró *ad hoc* un cuestionario de 17 preguntas abiertas y cerradas con alternativas fijas.

Para identificar la representación social de la hipertensión, se emplearon la técnica de la asociación de palabras y el cuestionario abierto (Abric, 2001).

- *Asociación de palabras.* Se solicitó a los sujetos la evocación libre y espontánea de las cinco primeras palabras que se les ocurriese, a partir del término inductor «hipertensión arterial». Luego, se pidió a los pacientes que ordenaran dichas palabras según el grado de importancia que le adjudican, siendo 1 la palabra de mayor importancia y 5 la de menor relevancia.
- *Cuestionario sobre creencias de la hipertensión arterial.* Constituido por cinco preguntas elaboradas *ad hoc* para los fines del estudio. Se indagaron los siguientes aspectos de la hipertensión: causas,

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)

manifestaciones, control, preocupación y apoyo familiar para el tratamiento.

Procedimiento

Luego de obtener la autorización de las autoridades y los profesionales de las instituciones de salud, se mantuvo una entrevista individual con aquellos/as pacientes que decidieron participar del estudio. Previamente, se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó la firma del consentimiento informado.

Análisis de datos

Datos cuantitativos

Con el fin de realizar una comparación por género de los perfiles sociodemográfico y clínico, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Con el objeto de comprobar si existe asociación entre las variables cualitativas y el género, se realizó una prueba χ^2 (Ji cuadrado) de independencia estadística. La interpretación del grado de asociación se realizó a través de los residuos tipificados corregidos (> 1.9) de las tablas de contingencia (Pardo y Ruiz, 2005).

Datos cualitativos

a) *Análisis prototípico* (Wachelke y Wolter, 2011). El análisis de las expresiones resultantes de la asociación de palabras se realizó a través de tres etapas: agrupación de las evocaciones o palabras por afinidad temática; cálculo de frecuencias y de rango de importancia de las palabras evocadas; y elaboración del *Cuadro de cuatro casas*.

La frecuencia media se utilizó para establecer una división entre las palabras más y menos frecuentes. El rango medio de importancia sirvió para establecer una distinción entre las palabras prioritarias y secundarias. A partir del entrecruzamiento de ambos criterios se determinó la ubicación de cada palabra dentro del *Cuadro de cuatro casas*.

b) *Análisis temático* (Souza, 1997). El análisis de las respuestas recabadas en el cuestionario sobre creencias de la hipertensión, se realizó a través de la elaboración de categorías teóricas y empíricas, que sintetizaron los temas emergentes.

Resultados

Perfil sociodemográfico y clínico

Los resultados revelaron que la edad promedio de los/as pacientes fue de 56 años ($DE = 8$), el 91 % era de nacionalidad argentina, el 67 % estaba casado/a, y el 77 % profesaba la religión católica. En cuanto a nivel de escolaridad, el 48 % tenía formación terciaria/universitaria y un 41 % refirió estudios secundarios. Por otra parte, el 71 % de la muestra se encontraba laboralmente activo. Los tipos de ocupación que predominaron fueron: empleado (39 %) y profesional (24 %); luego le siguieron oficios varios (16 %), comerciante (12 %) y, por último, docente (9 %).

De acuerdo a la versión abreviada del Índice de Nivel Económico Social de Gino Germani (Grimson et al., 1972), en las respuestas consignadas por los/as pacientes hipertensos/as sobre educación y ocupación se observa que, en términos generales y para los fines del estudio, todos los sujetos que conformaron la muestra pertenecían al nivel socioeconómico medio.

En lo concerniente a la comparación de estas variables sociodemográficas según género, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en dichas variables, a excepción de la situación laboral y la ocupación principal (eran más varones que mujeres los que trabajaban, observándose predominio femenino en la ocupación docente), situación que se esperaba, pero con coeficientes de asociación bajos ($< .30$).

En cuanto al perfil clínico, el promedio de la presión arterial sistólica fue de 138 mmHg ($DE = 21$) y el promedio de la presión arterial diastólica fue de 85 mmHg ($DE = 15$). El índice de masa corporal promedio fue de 29 ($DE = 5$).

En lo que se refiere al tiempo de evolución de la HTA (se consideró el lapso de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el momento de la entrevista), un 40 % de los/as pacientes tenía hasta 5 años de hipertenso/a, mientras que otro 40 % tenía entre 5 y 15 años. El 95 % se encontraba recibiendo tratamiento farmacológico y el 80 % de la muestra refirió tener antecedentes familiares.

Al momento de la entrevista, el 82 % de los/as pacientes contestó no ser tabaquista y el 80 % no

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

consumía alcohol. Por otro lado, el 75 % no presentaba dislipemias y el 82 % no presentaba diabetes.

En la comparación del perfil clínico según género, se observa que existen diferencias significativas en el consumo de alcohol (era mayor el consumo en los varones), dislipemias y antecedentes familiares de hipertensión (eran más las mujeres que presentaban dislipemias y antecedentes familiares de hipertensión), con coeficientes de asociación bajos (< .30).

Estructura de la representación social de la hipertensión arterial

Varones

Los 100 varones interrogados emitieron un total de 399 palabras a partir del término inductor «hipertensión arterial». Los puntos de corte a partir de los cuales se distribuyeron los componentes representacionales fueron: frecuencia media de evocación 11 y rango medio de importancia 2.8

Tabla 1

Organización de las palabras evocadas por los pacientes hipertensos varones

		Rango menor o igual a 2.8			Rango mayor a 2.8		
		Palabras	Frecuencia	Rango	Palabras	Frecuencia	Rango
		Núcleo central			Primera periferia		
Frecuencia igual o mayor a 11	Estrés		57	2.6	Conciencia	21	3.2
	Sal		33	2.2	Presión alta	14	3.3
	Obesidad		28	2.7	Medicación	12	3.2
	Accidente cerebrovascular		26	2	Fumar	12	3.3
	Cuidado		19	2.8	Arterias	11	3.3
	Dieta		12	2.5			
	Ejercicio físico		12	2.8			
	Hereditario		11	2.2			
		Zona de contraste			Segunda periferia		
Frecuencia menor a 11	Ansiedad		9	2.4	Discapacidad	10	2.9
	Enfermedad		7	2.7	Dolor	10	3.1
	Atención		7	2.4	Muerte	9	3
	Controlar presión		5	2.4	Sedentario	9	3.8
	Trabajo		5	2.6	Angustia	8	3.3
	Discusiones		3	2.7	Médico	7	3
					Salud	6	3
					Miedo	5	3
				Alcohol	5	3.6	
				Tranquilidad	5	3.6	
				Cansancio	5	4.2	
				Edad	4	3.3	
				Sexo	3	3	
				Familia	3	3	
				Descansar	3	3.3	
				Aconsejar	3	5	

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)

Mujeres

Las 100 mujeres interrogadas emitieron un total de 449 palabras a partir del término inductor «hipertensión arterial». Los puntos de corte desde los cuales se

distribuyeron los componentes representacionales fueron: frecuencia media de evocación 11 y media de rango de importancia 2.9

Tabla 2

Organización de las palabras evocadas por las pacientes hipertensas mujeres

Rango menor o igual a 2.9				Rango mayor a 2.9			
	Palabras	Frecuencia	Rango	Palabras	Frecuencia	Rango	
Frecuencia igual o mayor a 11	Núcleo central			Primera periferia			
		Estrés	58	2.5	Actividad física	17	3.3
		Sal	32	2.7	Dieta	16	3.6
		Angustia	27	2.8	Dolor	14	3.4
		Accidente cerebrovascular	22	2.6	Ayuda	14	3.3
		Obesidad	19	2.9			
		Enfermedad	19	2.7			
		Miedo	18	2.8			
		Cuidado	16	2.6			
		Medicación	19	2.8			
		Médico	13	2.6			
		Invalidez	12	2.5			
		Corazón	12	2.3			
		Malasangre	12	2.3			
Frecuencia menor a 11	Zona de contraste			Segunda periferia			
		Muerte	10	2.5	Tranquilidad	9	3.1
		Disciplina	9	2.4	Controlar presión	9	3.4
		Amor	6	2.3	Sobrecarga	6	3.2
		Alerta	4	1.8	Diabetes	5	3
		Cigarrillo	4	2.8	Sedentarismo	5	4
		Trabajo	3	1.5	Apuro	5	3.6
		Dependencia	3	2.7	Descontrol	4	3.5
		Destino	3	2.7	Herencia	4	4.5
		Familia	2	2	Información	3	3
					Descansar	3	4
					Menopausia	3	4.7
					Discusiones	2	3.5
					Injusticia	2	3.5
				Pobreza	2	4	
				Maltrato	2	4	
				Ocio	2	3	

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)

Estos resultados muestran que, a nivel general, las palabras «Estrés», «Sal», «Obesidad», «Accidente cerebrovascular» y «Cuidado», que se encuentran tanto en el núcleo de varones como de mujeres, son los elementos más consensuados y rígidos de la representación social, compartidos por ambos grupos. Entre estas palabras, cabe destacar que predomina el «Estrés», y luego surgen «Sal», «Obesidad», «Accidente cerebrovascular» y «Cuidado». Dichos elementos estarían representando las causas de la hipertensión arterial («Estrés», «Sal» y «Obesidad»), las posibles complicaciones de una hipertensión no tratada («Accidente cerebrovascular») y su contrapartida, el cuidado de la salud («Cuidado»). Esta zona del núcleo central refleja las palabras más importantes y, tal como refiere Abric (2001) representa el material más estable y constante de la memoria colectiva del grupo.

En lo referente a la zona periférica, se puede observar cómo las palabras correspondientes a la primera periferia mantienen cierta similitud temática con los elementos del núcleo central, y a medida que esta zona se aleja del núcleo (segunda periferia), emergen palabras más dispares. Ello estaría reflejando, según Abric (2001), que el sistema periférico se caracteriza por ser más sensible al contexto, en comparación con el núcleo central, permitiendo integrar experiencias individuales. La primera periferia comprende las respuestas más relevantes, la zona de contraste se compone por las palabras minoritarias, y la segunda periferia contiene los elementos menos relevantes, que reflejan los aspectos más individuales y menos consensuados.

Al realizar la comparación por género, se observa ciertas diferencias entre los elementos representacionales de varones y mujeres. Si bien, en general, ambos grupos evocaron las mismas palabras a partir del estímulo «hipertensión arterial», el contraste se observa en el grado de centralidad de algunas de ellas. Es decir, la misma palabra se encuentra, en un grupo, en el núcleo, y en el otro grupo, en la periferia. En este sentido, cabe señalar algunas particularidades. En primer lugar, las mujeres relacionan la hipertensión con sentimientos y emociones negativas, tales como «Angustia», «Miedo» y «Malasangre» (palabras que se hallan en el núcleo de las mujeres y no se encuentran en el núcleo de los varones).

Por otra parte, si bien la mayoría de los/as pacientes refiere antecedentes familiares de HTA (tal como se observa en el perfil clínico), el elemento «Hereditario» solo se encuentra en el núcleo de los varones. Asimismo, si bien ambos grupos evocan palabras referidas al tratamiento médico, los varones priorizan el «Ejercicio físico» y la «Dieta», mientras que las mujeres aluden más al «Médico» y la «Medicación».

En la Tabla 3 se presenta las frecuencias y los porcentajes de las categorías emergentes en el cuestionario sobre creencias de la hipertensión arterial. Igualmente, se muestra los resultados de la prueba χ^2 de independencia estadística, los valores de Phi y el valor «p» de probabilidad de error.

Se observa que, en relación a las causas que los/as pacientes adjudican a la hipertensión, predominan las de tipo psicosocial, ya que si se suman las categorías «Personalidad», «Trabajo», «Enfermedad o fallecimiento de otro significativo», «Conflictos vinculares» y «Social», estas representan el 45 % del total de las causas. En segundo lugar, aparecen «Factores biológicos» (35 %) y, en tercer lugar, «Hábitos no saludables» (15 %).

Al interrogar sobre las manifestaciones de la enfermedad, el 52 % refirió no darse cuenta cuándo le sube la presión, mientras que el 48 % restante sostiene que sí se da cuenta, a través de síntomas corporales (dolor de cabeza, escalofrío, mareos, entre otros). Por otra parte, el 76 % sostiene que la controla, y el 63 % cree que no es un problema de salud por el cual deba preocuparse. Un 66 % de la muestra refiere que cuenta con apoyo familiar para realizar el tratamiento.

Al comparar varones y mujeres, se puede observar una asociación entre el género y las causas, el control, y el apoyo familiar. Respecto a las causas, en las mujeres predominan las categorías «Enfermedad o fallecimiento de otro significativo» y «Conflictos vinculares», mientras que en los varones se observa una preeminencia de la categoría «Hábitos no saludables». En relación al control y al apoyo familiar para el tratamiento, los varones mostraron percibir más control sobre la enfermedad y mayor apoyo familiar, en relación a las mujeres.

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

Tabla 3*Categorización de las respuestas del cuestionario sobre creencias de la hipertensión arterial*

Temas	Categorías emergentes	Muestra total (n = 200)		Másculino (n ₁ = 100)		Femenino (n ₂ = 100)		Prueba estadística	
		n	%	n ₁	%	n ₂	%	χ^2	p
Causas	Factores biológicos	69	35	34	34	35	35	27	.00
	Hábitos no saludables	29	15	21	21	8	8		
	Personalidad	29	15	12	12	17	17		
	Trabajo	29	15	19	19	10	10		
	Enfermedad o fallecimiento de otro significativo	16	7	3	3	13	13		
	Conflictos vinculares	10	5	0	0	10	10		
	No sabe*	8	4	6	6	2	2		
	Social	7	3	5	5	2	2		
	Otros*	3	1	0	0	3	3		
Manifestaciones	Asintomática	103	52	55	55	48	48	.98	.32
	Sintomática	97	48	45	45	52	52		
Control	Controla	153	76	86	86	67	67	10	.00
	No controla	47	24	14	14	33	33		
Preocupación	No está preocupado	125	63	66	66	59	59	1	.31
	Sí está preocupado	75	37	34	34	41	41		
Apoyo familiar para tratamiento	Con apoyo familiar	132	66	74	74	58	58	6.5	.04
	Independencia del apoyo familiar	37	19	16	16	21	21		
	Sin apoyo familiar	31	15	10	10	21	21		
								Phi = .38	
								Phi = .22	
								Phi = .18	

* No se tuvieron en cuenta para la prueba χ^2 las categorías «No sabe» y «Otros».

Discusión

Desde la teoría de las representaciones sociales, el presente estudio es un aporte sobre los significados que elaboran los/as pacientes acerca de la hipertensión arterial. Estos significados deben ser tomados en cuenta por los profesionales de la salud, quienes, en ocasiones, no toman en consideración las creencias de las personas respecto al proceso de salud-enfermedad y enfocan el trastorno – predominantemente– desde los factores biológicos, desestimando los aspectos de carácter psicosocial y cultural (Torres-López, 2002). Actualmente se considera de suma importancia integrar las diversas variables que

interactúan en la hipertensión, con el fin de realizar un abordaje global, ya que se trata de un trastorno multifactorial que obedece a diversas causas de orden: biológico, ambiental y psicológico (Chiozza, 2011; Grosse y Grosse, 2013).

Los hallazgos del estudio coinciden, en general, con otros trabajos en los que se indagaron los significados y creencias de los/as pacientes sobre la hipertensión arterial (Arrieta-Pérez y Garfías-Jiménez, 2010; Baumann y Leventhal, 1985; Beune, Haafkens, Schuster y Bindels,

* sdofofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocófreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

2006; Granados, Roales-Nieto, Moreno y Ybarra, 2006). En dichos trabajos, también se observa que los sujetos hipertensos enfatizan que las causas de la enfermedad radican en el estrés y en las emociones negativas que padecen a nivel cotidiano. Sus explicaciones se encuentran entramadas con las historias de vida, tal como se observa en la investigación de Campos-Navarro et al. (2002), donde los sujetos ancianos refirieron que su hipertensión se generó en etapas tempranas de la vida, a raíz de situaciones de pobreza y trabajo arduo. Estudios antropológicos (García de Alba-García, Salcedo-Rocha y Vargas-Guadarrama, 2010; García de Alba-García, Salcedo-Rocha, Vargas-Guadarrama y García de Alba-Verduzco, 2012) concluyen que la influencia del estrés como causa de la hipertensión arterial aparece como un denominador común que atraviesa diferentes culturas. Granados et al. (2006) agregan que este predominio de las causas emocionales se mantiene en los/as pacientes, incluso luego de que el médico les informe sobre otros posibles factores desencadenantes.

Al igual que en el presente estudio, Beune et al. (2006) encuentran que, si bien las guías clínicas definen a la HTA como un trastorno asintomático, los/as pacientes hipertensos/as argumentan, por el contrario, que una característica típica de la enfermedad son sus síntomas físicos: dolor de cabeza, mareo, entre otros.

En lo que respecta a las singularidades por género, las diferencias encontradas son similares a las halladas en diversos estudios sobre representaciones, creencias y significados de la hipertensión arterial (Campos-Navarro et al., 2002; Levenstein, Smith y Kaplan, 2001; Lima, Bucher, Oliveira y Braga, 2005; Torres-López et al., 2005). En dichas investigaciones se observa que las mujeres interpretaron como causales de su enfermedad a las situaciones relativas a la conyugalidad, la enfermedad de algún familiar, y los conflictos en la relación con los hijos. Sus explicaciones se focalizaron, en mayor medida, en el malestar psicológico. En los varones, a diferencia de las mujeres, hubo un predominio de las causas laborales, tales como las exigencias en el trabajo, el desempleo, y la inestabilidad. No obstante, en el caso de los/as pacientes que participaron del presente estudio, a pesar que ellos mencionaron más los motivos laborales como posibles causas de la enfermedad en comparación a ellas, no se

observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Por otra parte, se halló que los pacientes varones creyeron tener un mayor control de la enfermedad y presentaron una concepción más positiva de la misma, al igual que en los trabajos de Campos-Navarro et al. (2002) y Lima et al. (2005). Por su lado, en la representación de las pacientes, la figura del médico adquirió mayor relevancia.

A su vez, ellos percibieron mayor apoyo familiar para el tratamiento, situación que podría explicarse por el hecho de que las mujeres, en su rol de cuidadoras, generalmente acompañan y colaboran con el cuidado de los otros, mientras los varones se dedican más al cuidado de sí mismos (Domínguez, 2011; Gómez, 2002). En este sentido, los trabajos de Silva et al. (2008) y Barón, Soto y Toba (2012) mostraron que las mujeres hipertensas presentaban dificultades en la adherencia terapéutica, ya que las obligaciones familiares les insumía el tiempo que debían dedicar a su tratamiento.

Desde la perspectiva de género, las particularidades observadas en los elementos representacionales de varones y mujeres pueden interpretarse a partir de lo que Fernández (1993) conceptualizó como dimensiones pública y privada. Estas esferas son los ámbitos donde, tradicionalmente, se desplegaron la vida y el acontecer de varones y mujeres, en forma diferencial. Lo público, caracterizado por la práctica de la política, la productividad, el trabajo remunerado, la consagración del éxito y la autonomía. Lo privado, definido por una lógica de los sentimientos, en la cual prima la postergación personal en pos de la realización de los otros y del cuidado familiar.

Las palabras y respuestas de los varones de la muestra, quienes reprodujeron, más que ellas, el discurso biomédico, y se percibieron con mayor control hacia la enfermedad, remiten a la dimensión pública. Se observan menos expresiones de sentimientos y afectos, en comparación con las mujeres. En sus respuestas emergen varios elementos del discurso médico, tradicionalmente asociados con la enfermedad: genética, dieta, ejercicio físico.

La dimensión privada, representada en las respuestas de las mujeres, se caracterizó por la predominancia de

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

expresiones de afectos y emociones negativas, tales como angustia, miedo, malasangre. Si bien tanto varones como mujeres hicieron referencia al fenómeno del estrés, ellas también contemplaron estos otros factores emocionales mencionados. Otras investigaciones (Barón et al., 2012; Silva et al., 2008) mostraron que en la vivencia que tienen las mujeres acerca de la enfermedad, se acentúan las emociones negativas. El hecho de que en las pacientes se registre una mayor cantidad de referencias explícitas a las dificultades emocionales vinculadas a su propia persona o a su familia, podría estar mostrando los diferentes grados de libertad/inhibición que tienen mujeres y varones para la expresión del malestar emocional (Gómez, 2002).

Se observa, entonces, cómo la socialización diferencial por género (Nizama, 2001) es uno de los factores que determina el modo en que cada grupo vivencia e interpreta la enfermedad. Las diferencias por género observadas reflejan las diferentes construcciones que hacen varones y mujeres acerca de su salud y enfermedad.

Resulta interesante destacar que, a pesar de que varones y mujeres no se diferenciaron en el perfil sociodemográfico, presentando un nivel de escolaridad alto y encontrándose económicamente activos, no obstante reprodujeron ciertos aspectos del modelo tradicional de género en el anclaje de la representación social. Ello refleja la estabilidad de las creencias centrales del sistema de creencias sociales del individuo inserto en una determinada cultura (Rokeach, 1962).

Para finalizar, y en cuanto a las limitaciones del estudio, cabe aclarar que, en primer lugar, se trató de una muestra conformada por pacientes de nivel socioeconómico medio, que se encontraban en tratamiento, y que en su mayoría no presentaban otros factores asociados (tabaquismo, alcohol, dislipemias, diabetes). En segundo lugar, y debido al tipo de muestreo, los resultados no son representativos ni extrapolables a otras poblaciones.

Se concluye que, tener en cuenta las particularidades por género permitiría un abordaje más equitativo, frente a

una enfermedad que, tal como se mencionó, fue tradicionalmente entendida como privativa de los varones. Este tipo de abordaje implica contemplar las diferentes necesidades, manifestaciones y presentaciones de la enfermedad, y actuar en consecuencia (Gómez, 2002). El hecho de que cada grupo se perciba más vulnerable frente a determinados factores que intervienen en la hipertensión, podría conllevar el riesgo de que se desestimen otros factores que, no obstante, también influyen en el enfermar. Si las mujeres priorizan los aspectos emocionales y los varones lo hacen en los aspectos somáticos, ello llevará a cada grupo a comportarse de determinada manera hacia la enfermedad y a buscar determinado tipo de ayuda, ya que, tal como sostiene Abric (2001), las representaciones sociales funcionan como una «guía para la acción» (p. 16).

Si bien, durante los últimos años, desde algunos sectores del ámbito científico y académico, está avanzando el interés en promover una política pública en salud que tome en cuenta la perspectiva de género, Briones-Vozmediano, Vives-Cases y Peiró-Pérez (2012) y Tajer (2012) llaman la atención en el hecho de que, a pesar del progreso en relación a la descripción por género de los problemas de salud, la información aún no se traduce en la práctica. Sucede, en varios países, que los planes de salud carecen de sensibilidad de género, por lo que persisten las disparidades en la formulación de políticas de salud.

Además, en ulteriores estudios sería importante indagar las representaciones sociales que elaboran los profesionales de la salud sobre las enfermedades crónicas y sobre los/as pacientes, ya que estos elementos influyen en la atención y en la relación médico-paciente (Torres-López, Acosta y Aguilar, 2004; Torres-López et al., 2005).

Asimismo, es necesario propiciar un abordaje interdisciplinario, que aporte saberes sobre las subjetividades de varones y mujeres, para sensibilizar a la población y a los profesionales de la salud respecto de las diferencias de género, y reflexionar sobre los estereotipos, las particularidades y las inequidades.

* sdfoman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

Referencias

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Arrieta-Pérez, R. T. & Garfías-Jiménez, F. (2010). Creencias sobre el origen de los factores de riesgo para padecer hipertensión arterial en un grupo de pacientes hipertensos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(2), 57-64.
- Barón, C. M. M., Soto, Ch. M., & Tobo, M. N. (2012). Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. *Cultura de los Cuidados*, 16(34), 32-43.
- Baumann, L. & Leventhal, H. (1985). I can tell when my blood pressure is up, can't I? *Health Psychology*, 4(3), 203-218.
- Beune, E. J., Haafkens, J. A., Schuster, J. S., & Bindels, P. J. (2006). «Under pressure»: how Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients explain hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 20(12), 946-955.
- Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., & Peiró-Pérez, R. (2012). Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health Policy*, 106, 88-96.
- Campos-Navarro, R., Torrez, D., & Arganis-Juárez, E. N. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1271-1279.
- Chiozza, L. A. (2011). *Hipertensión ¿Soy o estoy hipertenso?* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Denegri, M., Cabezas, D., Sepúlveda, J., del Valle, C., González, Y., & Miranda, H. (2010). Representaciones sociales sobre pobreza en estudiantes universitarios chilenos. *Liberabit* 16(2), 161-170.
- Domínguez, A. (2011). Temporalidades de género en los cuidados a la salud en Buenos Aires. Los sectores medios ante las enfermedades crónicas. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, 34, 163-192.
- Fernández, A. M. (1993). Hombres públicos-mujeres privadas. En A. Fernández, *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, (1^{era} ed., pp.133-158). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, J. (2011). Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica. *Psicothema*, 23(2), 167-172.
- García de Alba-García, J. E., Salcedo-Rocha, A. L., & Vargas-Guadarrama, L. A. (2010). Conocimiento compartido sobre las causas de la presión arterial alta, en tres grupos de diferente edad de Guadalajara, Jalisco, México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 16(48), 181-204.
- García de Alba-García, J. E., Salcedo-Rocha, A. L., Vargas-Guadarrama, L. A., & García de Alba-Verduzco, J. E. (2012). La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México. *Cirugía y Cirujanos*, 80(3), 247-252.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 327-334.
- Granados, G., Roales-Nieto, J. G., Moreno, E., & Ybarra, J. L. (2006). Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 705-718.
- Grimson, W. R., De Blanco, A. C., Estrugamou, M., Lastres, E., Necchi, S., & Phillipott, E. (1972). Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 79, 572.
- Grosse, A. & Grosse, P. (2013). Factores sociales y ambientales e hipertensión arterial. En H. Gómez & D. Piskorz, *Hipertensión arterial, epidemiología, fisiología, fisiopatología, diagnóstico y terapéutica* (1^{era} ed., pp. 20-22). Buenos Aires: Inter-Médica.
- Guerschicoff, A. & Merhan, R. (2013). Estudio pionero en la Argentina para comprender las diferencias de género en pacientes con síndromes coronarios agudos. *Revista Argentina de Cardiología*, 81(4), 297-298.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (1^a ed., pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223.
- Larrañaga, M., Valencia, J. F., & Ortiz, G. (2012). Efectos de la asimetría de género en la representación social del desempleo femenino. *Psyche*, 21(1), 83-98.
- León, M., Páez, D., & Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad. Estudios sociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, 77, 39-70.
- Levenstein, S., Smith, M. W., & Kaplan, G. A. (2001). Psychosocial Predictors of Hypertension in Men and Women. *Archives of Internal Medicine*, 161(10), 1341-1346.
- Lima, M. T., Bucher, J. S., Oliveira Lima, J. W., & Braga, V. S. (2005). Arterial Hypertension as seen by the Hypertensive: The Attribution of Meanings by a Low Income Population. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 389-398.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Nizama, E. (2001). Género y sexualidad humana. *Liberabit*, 7, 101-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
- Pardo, A. & Ruiz, M. A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13*. Base. Madrid: McGrawHill.
- Rohlf, I., García, M., Gavaldà, L., Medrano, M. J., Juvinyà, D., Baltasar, A., ... Muñoz, D. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 55-64.
- Rokeach, M. (1962). *The open and closed mind*. New York: Basic Books, Inc.
- Seidmann, S., Bail Pupko, V., Azzollini, S., Vidal, V., Thomé, S., & Di Iorio, J. (2008). La persistencia de los estereotipos de género en la representación social de crisis en jóvenes argentinos entre 20 y 30 años. *Anuario de Investigaciones*, 15, 245-250.
- Silva, M. E., Barbosa, L. D., Oliveira, A. D., Gouveia, M. T., Nunes, B. M., & Alves, E. L. (2008). As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 500-507.
- Souza, M. C. (1997). Etapa de análisis o tratamiento del material. En M. Souza, *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud* (1ª ed., pp. 165-207). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (comp.), *Género y salud: las políticas en acción* (1ª ed., pp. 17-36). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Torres-López, T. M. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara*, 23. Recuperado de <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>
- Torres-López, T. M., Acosta, D. A., & Aguilar, M. E. (2004). Entre médicos y pacientes buenos y malos: puntos de vista de los actores de la relación médico-paciente. *Investigación en Salud*, 6(1), 14-21.
- Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M., & Pando-Moreno, M. (2005). «Sangre y azúcar»: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
- Valls-Llobet, C. (2001). Desigualdades de género en Salud Pública. *Quadern-Caps*, 30, 34-36.
- Velasco, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>
- Wachelke, J. & Wolter, R. (2011). Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 27(4), 521-526.
- Wagner, W. & Elejabarrieta, F. (1997). Representaciones sociales. En J. F. Morales (Co.), *Psicología Social* (2ª ed., pp. 816-842). Madrid: Mc Graw-Hill.

* Instituto de Investigaciones Cardiológicas «Prof. Dr. Alberto C. Taquini» (ININCA/UBA-CONICET), Argentina.

* sdofman@conicet.gov.ar

** cpereyra@conicet.gov.ar

LIBERABIT: Lima (Perú) 21(1): 59-70, 2015

*** pedrocofreces@conicet.gov.ar

**** dstefani@fmed.uba.ar

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)